

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 160 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN	VALDEZATE GONZALEZ MARIANO	2019_0219	S1	30/01/2020	DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN	VALDEZATE GONZALEZ MARIANO	2019_0219	F	17/01/2020	DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN	GUILLEN FUENTES MARIA JESUS	2019_0662	F	23/01/2020	PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELABORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN CME GRANDE COVIAN
Z1	AMB	HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL PARQUE GOYA	MARTINEZ CIRIANO BEGOÑA	2019_0974	F	15/01/2020	ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y FUGA EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL
Z1	AMB	HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL PARQUE GOYA	BENAVENTE PORTOLES EVA	2019_1487	F	15/01/2020	PROMOCIÓN DE HABITOS SALUDABLES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DIA INFANTO JUVENIL "PARQUE GOYA" DE SALUD MENTAL (HDJ)
Z1	AMB	USM ACTUR SUR	VALLS LAZARO ESPERANZA	2019_0795	S1	17/01/2020	VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE PSICOLOGIA CLINICA DE CSM MEDIANTE ESCALAS DE EVALUACION CONDUCTUAL AUTOAPLICADAS REMITIDAS POR CORREO ELECTRONICO
Z1	AMB	USM ACTUR SUR	MARTINEZ ROIG MIGUEL	2019_1289	S1	31/01/2020	PROGRAMACION ACTIVIDADES CONJUNTAS Y COORDINACION DEL CENTRO SALUD MENTAL ACTRUR SUR CON LA ASOCIACION DE USUARIOS Y FAMILIARES "PASO A PASO"
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	PONCE SALCEDA DOMINGO	2019_1022	F	27/01/2020	COLABORACION CON EL CENTRO SOCIO-LABORAL LA JOTA PARA FOMENTAR HABITOS SALUDABLES ENTRE LOS JOVENES
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	GARCIA ASCASO IGNACIO	2019_0566	F	31/01/2020	PROYECTO DE PÁGINA WEB INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	MARCO GARCIA-REOL SOFIA	2019_0896	F	28/01/2020	¡NUNCA ES TARDE PARA APRENDER RCP! SALVEMOS VIDAS JUNTOS!
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	LOPEZ CAMPOS MONICA	2019_1042	F	31/01/2020	ACTIVOS COMUNITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	ABADIA TAIRA BEGOÑA	2019_1065	F	31/01/2020	MEJORA EN LA INTERVENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO(PCC) EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	GARRALON ORTEGA CRISTINA	2019_1084	F	31/01/2020	MEJORA DE LA CAPTACION DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	CLARES PUNCEL MARIA TERESA	2019_1414	F	29/01/2020	TENGO DIABETES TIPO 2. ¿QUE PUEDO HACER PARA CUIDARME?. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN GRUPAL
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN	2019_1441	F	27/01/2020	PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD PARA POTENCIAR LA ACCESIBILIDAD Y SEGUIMIENTO DEL AUTOCONTROL DEL TAO
Z1	AP	CS ACTUR OESTE ADMISION Y DOCUMENTACION	SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL	2019_0298	F	24/01/2020	ORGANIZACIÓN DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN C.S. AMPARO POCH
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	NAVALES BELTRAN MARIA PILAR	2019_0487	F	15/01/2020	EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACIÓN DE LOS PADRES
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	MARTIN CATALAN NURIA	2019_0717	S1	21/01/2020	COMENZANDO CON LA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	PABLOS MUR CRISTINA	2019_0959	F	28/01/2020	¿QUE COMO CUANDO NO ME ENCUENTRO BIEN ? ALIMENTACION REALFOODING
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL	2019_1448	S1	26/01/2020	EDUCACIÓN PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACIÓN PAR EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL	2019_1448	F	31/01/2020	EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACION PARA EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO
Z1	AP	CS ACTUR OESTE FISIOTERAPIA EN AP	COMELLA DORDA MARTA	2019_0580	S1	27/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA REDUCCIÓN DE LA TASA DE INCOMPARECENCIA DE PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA
Z1	AP	CS ACTUR OESTE SALUD BUCODENTAL	NAVALES BELTRAN MARIA PILAR	2019_0487	F	27/01/2020	EDUCACION PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACION DE LOS PADRES
Z1	AP	CS ACTUR OESTE SALUD BUCODENTAL	SIMON SIMON ISABEL	2019_0809	F	14/01/2020	HIGIENE BUCODENTAL Y EDUCACION PARA LA SALUD EN GESTANTES
Z1	AP	CS ACTUR SUR SALUD BUCODENTAL	BERNAL CARRION EVA	2019_0924	F	15/01/2020	PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL PARA EMBARAZADAS
Z1	AP	CS ALFAJARIN	BELLOD FERNANDEZ ALFREDO	2018_0952	F	28/01/2020	EDUCACIÓN EN RCP EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 160 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	AP	CS ALFAJARIN	MURILLO SALVADOR RAQUEL	2019_0359	F	30/01/2020	ELABORACIÓN DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN
Z1	AP	CS ALFAJARIN	MURILLO SALVADOR RAQUEL	2019_0359	F	31/01/2020	ELABORACION DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN
Z1	AP	CS ALFAJARIN	NAVARRO SERRANO EVA MARIA	2019_0525	S1	31/01/2020	SOBREPESO Y OBESIDAD EN PREADOLESCENTES DE 12 AÑOS: PREVALENCIA E INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES
Z1	AP	CS ALFAJARIN	GARCIA LOBERA AURELIO	2019_0782	S1	30/01/2020	REVISION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL, ¿ESTAMOS MEJOR?
Z1	AP	CS ARRABAL ADMISION Y DOCUMENTACION	BENITO CORNAGO MARIA LUISA	2019_1007	F	21/01/2020	DEPURACION DE CARPETAS DE DOCUMENTACION CLINICA
Z1	AP	CS ARRABAL ADMISION Y DOCUMENTACION	BELTROL ALGUERO MARIA PILAR	2019_1021	F	28/01/2020	REGISTRO DE PETICION DE AMBULANCIAS
Z1	AP	CS ARRABAL	DOMINGUEZ GARCIA MARTA	2019_0922	F	24/01/2020	INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE ESTILOS DE VIDA Y PÉRDIDA DE PESO EN EL BARRIO DEL ARRABAL
Z1	AP	CS ARRABAL	FRANCES PINILLA MARINA	2019_1089	S4	27/01/2020	EDUCACIÓN EN MANIOBRAS DE ATENCIÓN A LA EMERGENCIA PARA LACTANTES Y ESCOLARES OVACE Y RCP
Z1	AP	CS ARRABAL	TOLOSANA LASHERAS TERESA	2019_1147	S1	14/01/2020	TALLERES PRACTICOS "APRENDER A COMER SOLITO"
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES	2019_0549	S1	28/01/2020	HABILITACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LAJOTA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	LAFUENTE PARDOS MARIA SUSANA	2019_0586	S1	13/01/2020	PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEMATICO INTERACTIVO DE UNA PAUTA DE EJERCICIOS DE KEGEL PARAPACIENTES PUERPERAS DEL SECTOR I
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	SALILLAS GRACIA MIGUEL	2019_0618	F	22/01/2020	PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA DENTAL Y GINGIVAL EN EMBARAZADAS Y EXPLICACIÓN DE DENTICIÓN EN BEBÉS Y SU HIGIENE ORAL
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	GARCIA PARICIO LUIS MIGUEL	2019_0825	S1	27/01/2020	Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	ASTIER PEÑA MARIA PILAR	2019_0850	F	24/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA) FISIOTERAPIA EN AP	PEREZ BENITO MARINA	2019_0581	S1	27/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS TIEMPOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1
Z1	AP	CS BUJARALUZ	VILLAGRASA VILLUENDAS MARIA ARANZAZU	2019_0708	F	31/01/2020	REVISION DE VAQUENACION DE TETANOS EN POBLACION ADULTA ENTRE 65 Y 70 AÑOS EN C.S BUJARALUZ
Z1	AP	CS LUNA	ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA	2019_1514	S1	29/01/2020	INTERVENCION COMUNITARIA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	VITALLER SANCHO CONCHA	2019_0584	F	27/01/2020	MEJORAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO MEDIANTE LA MONITORIZACIÓN DE SUS RESULTADOS
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	OSSES SORIA AMALIA	2019_0691	F	27/01/2020	HABITOS SALUDABLES... Y UNOS PASOS MAS
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	GOMEZ GIL PILAR	2019_0983	F	20/12/2019	PROGRAMA CONTRA LAS AGRESIONES EN MUJERES QUE TRABAJAN EN SANIDAD
Z1	AP	CS SANTA ISABEL	TIRADO AZNAR MARTA	2019_1345	S1	28/01/2020	DERMATOSCOPIA EN EL C.S. DE STA. ISABEL
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	LACAMBRA DEITO MARIA PILAR	2019_0996	F	19/01/2020	MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	ELVIRO BODOY TIRSO	2019_1290	F	26/01/2020	PLAN DE MEJORA CALIDAD DE DIABETES MELLITUS TIPO II
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	ALONSO SENDROS MARTA	2019_0930	F	24/01/2020	OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ	2019_0991	F	30/01/2020	MEJORAR EL USO DE LOS ANTIBIOTICOS: UNA TAREA DE TODOS
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO	2019_1120	F	30/01/2020	MEJORIA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PIE DIABÉTICO
Z1	AP	CS ZUERA	NOVELLA ABRIL MARIA PILAR	2019_1077	F	30/01/2020	USO DEL STREPTOTEST COMO PRUEBA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y SU CONTRIBUCIÓN AL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA
Z1	AP	CS ZUERA	GRASA LAMBEA INMACULADA	2019_1263	F	31/01/2020	CREACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA
Z1	AP	CS ZUERA	VILLANUA BONET MARIA	2019_1269	F	31/01/2020	MEJORA PARA OPTIMIZAR LAS DERIVACIONES A LA UNIDAD

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 160 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
			TERESA				MUSCULO ESQUELETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	NAVARRO VITALLA OSCAR	2019_0092	F	17/01/2020	CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCION (CEAR)
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	GALINDO CHICO MIGUEL	2019_0404	S1	20/12/2019	DERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPLEMENTACIÓN DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR I
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ADMISION Y DOCUMENTACION	BLASCO JIMENEZ ANTONIO	2019_0611	F	21/01/2020	AUTOMATIZACION DE ESTADISTICAS DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ADMISION Y DOCUMENTACION	ROYO MOYA MIGUEL PASCUAL	2019_0612	S1	30/01/2020	DIGITALIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ADMISION Y DOCUMENTACION	ROYO MOYA MIGUEL PASCUAL	2019_0612	F	16/01/2020	DIGITALIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANALISIS CLINICOS	DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE	2019_0913	F	28/01/2020	DIGITALIZACION DOCUMENTAL E INTEGRACION AL SISTEMA DE GESTION INTERNO EN LAS SECCION ADMINISTRATIVA, BANCO DE SAGRE
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANATOMIA PATOLOGICA	ALMAJANO MARTINEZ CARMEN	2018_0675	F	31/01/2020	SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACIÓN 15189 PARA CRIBADO CERVICAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANATOMIA PATOLOGICA	MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER	2018_0684	F	23/01/2020	SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)	YAGÜE LOPEZ ROCIO	2019_0864	F	28/01/2020	MEDIDAS DE MEJORA PARA EVITAR LA CANCELACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE CMA (CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ESTERILIZACION	MIRET BERNAL MONTSERRAT	2019_0865	F	30/01/2020	DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA FARMACIA HOSPITALARIA	REBOLLAR TORRES ELENA	2019_0406	F	28/01/2020	IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA FARMACIA HOSPITALARIA	IRIARTE RAMOS SONIA	2019_0890	F	30/01/2020	REALIZACION DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GASPAR RUZ MARIA LUISA	2018_0173	S2	20/01/2020	PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO II: DESARROLLO DE ESTRATEGIAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	SOLSONA FERNANDEZ SOFIA	2018_0220	F	23/01/2020	PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	OCHOA CALVO MARIA PILAR	2018_0457	F	30/01/2020	IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRÍA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA	2018_0868	F	31/01/2020	GUÍA DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GAMBOA HUARTE BEATRIZ	2018_1051	F	31/01/2020	CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	BORRAZ ABARDIA MARIA FELISA	2019_0166	F	25/01/2020	GUÍA DE CRONOGRAMA DE TCAES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES	2019_0169	F	16/01/2020	GUIA DE CRONOGRAMA DE ENFERMERAS EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA Y CIRUGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	PEREZ MILLA MARIA ANGELES	2019_0235	F	30/01/2020	ELABORACION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA DEL HNSG TOMO II
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	MESA LAMPRE MARIA PILAR	2019_0383	F	21/12/2019	INFORMACION DEL PROCESO HOSPITALARIO DE FRACTURA DE CADERA PARA PACIENTES Y FAMILIARES
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	CANOVAS PAREJA CARMEN	2019_0716	F	30/01/2020	UTILIZACIÓN SEGURA DE QUINOLONAS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	ANDRES GARCIA MARTA	2019_0750	F	30/01/2020	ELABORACIÓN DE UNA HOJA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES AL PACIENTE TRANSFUNDIDO EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	FERRER MAHAVE MARTA	2019_0756	S1	30/01/2020	CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA HNSG
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	FRANCO GARCIA MARIA ESTHER	2019_0351	F	29/01/2020	VERIFICACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES EN PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN EL SECTOR I
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	JORGE GARCIA RUTH NOEMI	2019_0452	F	26/01/2020	CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACIÓN DE UN EQUIPO

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 160 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		MEDICINA INTENSIVA					PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	SAEZ ESCOLANO PAULA	2019_0504	F	29/01/2020	CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO	2019_1303	F	31/01/2020	PUESTA EN MARCHA DE LA COMISION DE HUMANIZACION DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HNSG DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN	2018_1077	F	24/01/2020	GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN	2018_1077	F	24/01/2020	GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	BOROBIO TOMAS MARTA	2019_0317	F	18/01/2020	ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	GRACIA LOBERA PAZ ESPERANZA	2019_0655	F	14/01/2020	PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	LATORRE BARTOLO SILVIA	2019_0739	F	22/01/2020	IMPLANTACION EN SOPORTE DIGITAL DE UNA GUIA BASICA DE TRABAJO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA	2019_0847	F	30/01/2020	SOPORTE VISUAL DE AREAS, SERVICIOS, PLANOS, CARROS DE PARADA Y UBICACIONES DE INTERES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BLASCO GIMENO MARIA CONCEPCION	2019_0276	F	23/01/2020	CÁNCER DE MAMA EN MUJERES ANCIANAS, VALORACIÓN DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OF TALMOLOGIA	BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO	2019_0216	F	27/01/2020	DESARROLLO DE VISOR PARA PC DE PRUEBAS REALIZADAS CON APARATOS OF TALMOLÓGICOS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OF TALMOLOGIA	ORDUNA HOSPITAL ELVIRA	2019_0373	F	06/01/2020	DETECCION DE ESPASMOS ACOMODATIVOS GENERADOS POR EL USO DE PANTALLAS Y SU TRATAMIENTO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OF TALMOLOGIA	SEGURA CALVO FRANCISCO	2019_0442	F	20/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL CALCULO DE LENTES INTRAOCULARES MEDIANTE EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS REFRACTIVOS TRAS CIRUGIA DE CATARATA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ORTOGERIATRIA	TELLA MARIN ISABEL	2019_0263	F	17/01/2020	GUIA DE CRONOGRAMA DE CELADORES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA Y CIRUGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OTORRINOLARINGOLOGIA	HERRERO EGEE ANA	2019_0253	F	23/01/2020	PROTOCOLO DE ANTICOAGULACION EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA POOL ENFERMERIA	URCOLA MONREAL ALEJANDRO	2019_1035	S1	22/12/2019	DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UNA APLICACION MOVIL O PAGINA WEB PARA EL SERVICIO DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA	MOREO BERGADA PILAR	2019_1162	F	30/01/2020	MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDCPM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PSIQUIATRIA	TOMEIO FERRER MONICA	2019_0493	F	28/01/2020	ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) Y SUS FAMILIARES
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PSIQUIATRIA	MARTIN RIDRUEJO LAURA	2019_0576	S1	31/01/2020	DESARROLLO DE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE SESIONES GRUPALES DE ENFERMERIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS DE LA U. DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) DEL H NTRA SRA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PSIQUIATRIA	MARTINEZ PLANAS ISABEL	2019_0778	F	09/01/2020	ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE ESTILOS DE CRIANZA EN MADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA RADIOLOGICO	TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE	2019_0444	F	20/12/2019	IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA RETENCION URINARIA AGUDA PARA PROFESIONALES ENFERMEROS DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA RADIOLOGICO	ARGUEDAS GORRINDO GLORIA ISABEL	2019_1189	F	02/01/2020	VALORACIÓN DE ENFERMERIA PARA LA MODIFICACION Y MEJORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO PARA PRUEBAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	UNTORIA AGUSTIN CARMEN	2019_0285	F	23/12/2019	VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 160 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	UNTORIA AGUSTIN CARMEN	2019_0285	F	27/12/2019	VALORACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	CAMBRA LINES MARIA PILAR	2019_0476	F	25/01/2020	ACTUALIZACION DEL PROYECTO DE CALIDAD PARA LA PREVENCIÓN DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS POSTCIRUGIA: REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CONTENIDO DEL TRIPTICO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	ANAYA GIL TERESA	2019_0478	F	07/01/2020	PROYECTO DE CALIDAD DE ENSEÑANZA DEL AUTOMASAJE PARA PACIENTES DEL SECTOR I CON LINFEDEMA DE GRADO I
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA UCI	RUBIO CASALO MARIA PILAR	2019_0607	F	27/01/2020	CREACION DE UN "CARE BUNDLE" (PAQUETE DE CUIDADOS) PARA PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE CRITICO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ADMISION Y DOCUMENTACION	ROMERO CUENCA FRUCTUOSO	2019_0104	S1	31/01/2020	APLICACIÓN PARA LA GESTIÓN DE MOVIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ADMISION Y DOCUMENTACION	LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION	2019_0574	S1	30/01/2020	DIGITALIZACIÓN: PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTÁTICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ADMISION Y DOCUMENTACION	LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION	2019_0574	F	16/01/2020	DIGITALIZACIÓN: PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTÁTICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ADMISION Y DOCUMENTACION	MEDINA VALDEPEÑAS SAGRARIO	2019_0793	S1	30/01/2020	GESTION DIGITAL DE LA DOCUMENTACION DE PACIENTES QUIRURGICOS EN LAS SECRETARIAS DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ALERGOLOGIA	PEREZ CAMO IGNACIO JAVIER	2019_1444	S1	31/01/2020	MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ALERGOLOGIA	PEREZ CAMO IGNACIO JAVIER	2019_1444	F	31/01/2020	MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ANESTESIA Y REANIMACION	USON ALVAREZ CRISTINA	2019_0994	F	24/01/2020	MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO ANTE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA BLOQUE QUIRURGICO	CANO LAZARO RAQUEL	2019_0484	F	26/01/2020	REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CARRO DE INTUBACION DIFÍCIL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CARDIOLOGIA	GARZA BENITO FERNANDO	2019_0978	S2	30/12/2019	PROGRAMA DE EJERCICIO SUPERVISADO EN REHABILITACIÓN CARDIACA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CARDIOLOGIA	ALIAGA RIVAS O'NEILL VERONICA	2019_1247	F	30/01/2020	PUESTA EN MARCHA DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS FAMILIARES DESDE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CARDIOLOGIA	LAITA MONREAL SANTIAGO	2019_1286	F	29/12/2019	ALTA PRECOZ TRAS CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CARDIOLOGIA	ARAGUAS BIESCAS MARIA ASUNCION	2019_1297	F	28/01/2020	PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA AMBULATORIA DE VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PRIMER EPISODIO DOCUMENTADO DE FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CARDIOLOGIA	AUQUILLA CLAVIJO PABLO ESTEBAN	2019_1470	F	26/01/2020	PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GARCIA CALLEJA JOSE LUIS	2019_0070	F	28/01/2020	EVALUACION DE ACTIVIDAD EN UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	YANEZ BENITEZ CARLOS	2019_0195	S1	03/01/2020	CAMPAÑA INFORMÁTICA DE EDUCACIÓN CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	VALERO SABATER MONICA	2019_0259	S1	13/01/2020	PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL DE CIRUGIA BARIATRICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	TALAL EL ABUR ISSA	2019_0858	F	28/01/2020	ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL QUE PUEDEN BENEFICIARSE DEL ALTA HOSPITALARIA PRECOZ
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ARROYO RUBIO ERNESTO	2019_1214	S1	30/01/2020	TRATAMIENTO CON FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIOS (PRP) EN PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR BASADO EN LA EVIDENCIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GARCIA AGUILERA DAVID	2019_1287	F	30/01/2020	UNIFICACION DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LA HISTORIA CLINICA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA EN LA PATOLOGIA DEL HOMBRO EN EL SECTOR I

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 160 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MEJIA CASADO ANA	2019_1335	F	25/01/2020	INSTRUCCIONES GENERALES TRAS CIRUGIA DE MANO Y TRAS CIRUGIA DE PIE EN REGIMEN DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA) COMPLEJA DE TRAUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA DERMATOLOGIA	GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER	2019_1325	F	30/01/2020	PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGIA EN EL SECTOR Z1 PARA SU INCORPORACION A CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA DIGESTIVO	MOSTACERO TAPIA SONIA	2019_0626	F	27/01/2020	PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACIÓN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPÁTICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA DIRECCION	VILLA GAZULLA MARIA TERESA	2019_0273	S1	28/02/2020	OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE	2019_0322	S1	23/01/2020	ATENCIÓN A LAS PERSONAS TRANSEXUALES EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	BANDRES NIVELA MARIA OROSIA	2019_0474	F	19/01/2020	EVALUAR LOS FACTORES PREDICTIVOS DE ALTERACIÓN DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL PREVIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA FARMACIA HOSPITALARIA	MONCIN TORRES CARLOS ANGEL	2018_0859	S2	25/01/2020	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA FARMACIA HOSPITALARIA	VARELA MARTINEZ ISABEL	2019_0413	S1	28/01/2020	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS PACIENTES AMBULANTES DEL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PASAMAR MILLAN BEATRIZ	2019_0776	F	23/01/2020	REALIZACIÓN E IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS A PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA INFORMÁTICA	GRAN SERON SANTIAGO	2019_0224	F	05/02/2020	IMPLANTACION DE ACCESO A BUSCADOR-GUIA FARMACOTERAPEUTICA DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA EN INTRANET DEL SECTOR ZARAGOZA 1
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA DEL TRABAJO	NIEVAS MARCO MARIA PILAR	2019_0783	F	31/01/2020	IDENTIFICACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD BÁSICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTENSIVA	TIRADO ANGLÉS GABRIEL	2019_0838	F	30/01/2020	IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE MONITORIZACIÓN AVANZADA E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	FITENI MERA ISABEL	2019_0248	F	30/01/2020	MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO SIGUIENDO UNA VIA CLINICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	SANCHEZ VICENTE YOLANDA	2019_0550	S2	22/02/2020	IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION (CHECK-LIST) EN LA DOTACION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	MATIA SANZ MARTA TERESA	2019_0591	F	24/01/2020	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE HIERRO ENDOVENOSO EN EL DOMICILIO POR LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO (HAD) DEL SECTOR ZARAGOZA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	CABALLERO ASENSIO RUTH	2019_0831	F	31/01/2020	ANÁLISIS GLOBAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNA VISIÓN DIFERENTE
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	BERNAD USON MARIA ANTONIA	2019_0496	F	20/01/2020	EFFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MATERIALES INFORMATIVOS PARA LA DISPONIBILIDAD DE LOS ELEMENTOS ADECUADOS A CADA TIPO DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	EGEA GONZALEZ RAQUEL	2018_0390	F	27/01/2020	PROTOCOLIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA DE NUEVA CREACIÓN DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	JIMENEZ MILLAN VANESA	2019_0190	F	29/01/2020	PROYECTO DE MEJORA POR LA ESTANDARIZACION DEL MATERIAL DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	CLAVERIA MARCO PALOMA	2019_0447	F	31/01/2020	IMPLANTACIÓN TRÍPTICO INFORMATIVO SOBRE LA REALIZACIÓN DE FIBROBRONCOSCOPIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	LAZARO SIERRA JAVIER	2019_0448	F	31/01/2020	ANALISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TÉCNICAS BRONCOSCOPICAS Y PLEURALES

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 160 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	CABESTRE GARCIA ROBERTO	2019_0485	S1	03/01/2020	ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN PRUEBAS FUNCIONALES DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	LOPEZ ROMERO LIDIA	2019_0486	S1	18/02/2020	CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE	2019_0488	S1	23/12/2019	TRIPTICO INFORMATIVO DE LA UNIDAD DE DESHABITUACION TABAQUICA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	ZUIL MARTIN MARCOS	2019_0499	F	26/02/2020	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	VELAZQUEZ BENITO ALBA	2019_0071	F	17/01/2020	PROTOCOLO DE PUNCION LUMBAR DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA PSIQUIATRIA	BERNAD POLO JUAN MANUEL	2019_0267	S1	15/01/2020	TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES DE CIRUGIA BARIATRICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA PSIQUIATRIA	ORGA SORIANO CRISTINA	2019_0980	F	28/01/2020	ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA LA RECEPCION DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL DE DIA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA PSIQUIATRIA	VAZQUEZ RODRIGUEZ MARIA DOLORES	2019_0986	S1	29/01/2020	MEJORA DE LA ATENCION ASISTENCIAL DE PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA BASADA EN TECNOLOGIA DE ULTIMA GENERACION: PROYECTO TCONECTAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA RADIODIAGNOSTICO	BLASCO SATUE ALICIA	2019_0666	F	25/01/2020	PROTOCOLIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA SIMPLE. ELBORACIÓN DE FICHAS RADIOLOGICAS EN HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA RADIODIAGNOSTICO	BERGES INIESTA MARTA	2019_0670	F	30/01/2020	PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA CONTRASTADA. DISEÑO Y ELABORACION DE CADA UNO DE LOS PROCESOS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA REHABILITACION	RODRIGUEZ VICENTE CARMEN	2019_0514	F	24/02/2020	PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO REHABILITADOREL PACIENTE CON OBESIDAD MORBIDA CANDIDATO A CIRUGIA BARIATRICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA UROLOGIA	SAZ SOLER MARIA ISABEL	2019_0502	F	28/01/2020	IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN ENDOVESICAL DE HIALURONATO SÓDICO, MITOMICINA Y BCG A PACIENTE AMBULATORIO DE UROLOGÍA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA UROLOGIA	SIESO GRACIA MARIA RUT	2019_0522	F	27/01/2020	ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN EL CANCER DE PRÓSTATA EN EL SECTOR I ZARAGOZA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0219

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIANO VALDEZATE GONZALEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CME GRANDE COVIAN
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AINAGA VILLEN DAVID
TENA TOMAS MARIA FELISA
PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION
ACIN ABADIAS ANA BELEN
BRONCHAL MARQUES MARIA PAZ
ORTIGOSA NAVIO ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La Jefa de Sección y el Jefe de Equipo de Archivos Grande Covián tuvieron reuniones con los distintos grupos de trabajo que están implicados en el proyecto, concretando el calendario de puesta en marcha de los trabajos y detallando el proceso a seguir. Necesitamos del Servicio de Informática para tener las herramientas digitales preparadas. Empezamos con pacientes del Servicio de Urología en el mes de mayo, sería nuestro Servicio piloto, con el que resolvimos incidencias en la gestión del trabajo. En el último trimestre de 2019 empezamos el proceso con el Servicio de Traumatología, siguiendo la experiencia del Servicio de Urología

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Digitalizamos el 100% de la documentación recibida en el Servicio de Archivos con prioridad alta sobre otras tareas. No hay porcentaje de errores apreciable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El estudio y puesta en funcionamiento de todos los Servicios implicados fue costoso, pero una vez comenzados los trabajos, el archivo se organiza bien y consigue digitalizar en plazo y forma de una manera eficaz. La conclusión es la mejora en la gestión de documentación de pacientes quirúrgicos, el acceso digital de ladocumentación facilita los procesos de trabajo. Queremos seguir avanzando e incluir los Servicios de Oftalmología y Cirugía, vemos necesario este trabajo hasta que toda la documentación que digitalizamos sea incluida por otro sistema en HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/219 ===== ***

Nº de registro: 0219

Título
DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA

Autores:
VALDEZATE GONZALEZ MARIANO, AINAGA VILLEN DAVID, PICOT PARGADA ANA CRISTINA, PICON GONZALEZ SERGIO, TENA TOMAS MARIA FELISA, PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA, ANGULO BORQUE ANA OLGA, LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION

Centro de Trabajo del Coordinador: CME GRANDE COVIAN

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: intervenciones quirúrgicas
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0219

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

PROBLEMA

El punto de partida es Consultas Externas. Diariamente generan registros de demanda quirúrgica de los pacientes que tienen que intervenir. Esta documentación, unida al Consentimiento Informado, Evolución Clínica y otras pruebas diagnósticas que no estén en Historia Clínica Electrónica, comienza un recorrido en el Sector: Anestesia, Secretarías, Admisión, Archivos... Será distinto dependiendo de la Especialidad. Esta forma de trabajar produce errores de traslapo, en ocasiones tan estresantes, como que el paciente se encuentre en el quirófano y falte la documentación del sobre de la historia clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es facilitar la tarea a los Servicios médicos quirúrgicos, teniendo acceso digital desde todo el Sector a la documentación de sus pacientes, evitando errores y búsquedas de última hora.

MÉTODO

1. Estudio de los datos de los pacientes que entraron en lista de espera en 2018, valoración del número de pacientes por especialidad.
2. Hablar con Enfermería de Consultas Externas para explicar el proyecto que queremos desarrollar.
3. Trabajar de forma conjunta con Admisión y Secretarías de plantas quirúrgicas, establecer un orden de entrada de las especialidades y la trazabilidad necesaria en cada caso.
4. Disponemos de un Escáner nuevo, con el que hemos ganado rapidez en la ejecución de la digitalización y que es la herramienta imprescindible para realizar este proyecto.

INDICADORES

% PACIENTES QUE ENTRAN EN LISTA DE ESPERA DIGITALIZADOS / SERVICIO MÉDICO
% ERRORES - PACIENTES SIN ENVIAR

DURACIÓN

Fecha Inicio: Marzo 2019:

- Reunión con el médico de Admisión y la Jefa de Sección: datos del Sector en 2018 de entradas en lista de espera (aproximadamente 9.000 pacientes).
- Reunión con Consultas externas: recepción de la documentación para escanear.
- Reunión con Secretarías Quirúrgicas: establecer con ellas la trazabilidad de la documentación, creación de carpetas en red para gestionar la documentación digital de la forma más eficaz. Planificación del calendario a seguir.
- Mayo 2019: evaluación de los primeros resultados.
- Septiembre y noviembre 2019: segunda y tercera evaluación de resultados de las especialidades que se hayan incorporado.

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 - 2019/0219

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE MARIANO VALDEZATE GONZALEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CME GRANDE COVIAN
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AINAGA VILLEN DAVID
TENA TOMAS MARIA FELISA
PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION
ACIN ABADIAS ANA BELEN
BRONCHAL MARQUES MARIA PAZ
ORIGOSA NAVIO ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La Jefa de Sección y el Jefe de Equipo de Archivos Grande Covián tuvieron reuniones con los distintos grupos de trabajo que están implicados en el proyecto, concretando el calendario de puesta en marcha de los trabajos y detallando el proceso a seguir. Necesitamos del Servicio de Informática para tener las herramientas digitales preparadas.

Empezamos con pacientes del Servicio de Urología en el mes de mayo, sería nuestro Servicio piloto, con el que resolvimos incidencias en la gestión del trabajo. En el último trimestre de 2019 empezamos el proceso con el Servicio de Traumatología, siguiendo la experiencia del Servicio de Urología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Digitalizamos el 100% de la documentación recibida en el Servicio de Archivos con prioridad alta sobre otras tareas. No hay porcentaje de errores apreciable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El estudio y puesta en funcionamiento de todos los Servicios implicados fue costoso, pero una vez comenzados los trabajos, el archivo se organiza bien y consigue digitalizar en plazo y forma de una manera eficaz.

La conclusión es la mejora en la gestión de documentación de pacientes quirúrgicos, el acceso digital de la documentación facilita los procesos de trabajo.

Queremos seguir avanzando e incluir los Servicios de Oftalmología y Cirugía, vemos necesario este trabajo hasta que toda la documentación que digitalizamos sea incluida por otro sistema en HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/219 ===== ***

Nº de registro: 0219

Título
DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA

Autores:
VALDEZATE GONZALEZ MARIANO, AINAGA VILLEN DAVID, PICOT PARGADA ANA CRISTINA, PICON GONZALEZ SERGIO, TENA TOMAS MARIA FELISA, PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA, ANGULO BORQUE ANA OLGA, LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION

Centro de Trabajo del Coordinador: CME GRANDE COVIAN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: intervenciones quirúrgicas
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0219

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

PROBLEMA

El punto de partida es Consultas Externas. Diariamente generan registros de demanda quirúrgica de los pacientes que tienen que intervenir. Esta documentación, unida al Consentimiento Informado, Evolución Clínica y otras pruebas diagnósticas que no estén en Historia Clínica Electrónica, comienza un recorrido en el Sector: Anestesia, Secretarías, Admisión, Archivos... Será distinto dependiendo de la Especialidad. Esta forma de trabajar produce errores de traslapo, en ocasiones tan estresantes, como que el paciente se encuentre en el quirófano y falte la documentación del sobre de la historia clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es facilitar la tarea a los Servicios médicos quirúrgicos, teniendo acceso digital desde todo el Sector a la documentación de sus pacientes, evitando errores y búsquedas de última hora.

MÉTODO

1. Estudio de los datos de los pacientes que entraron en lista de espera en 2018, valoración del número de pacientes por especialidad.
2. Hablar con Enfermería de Consultas Externas para explicar el proyecto que queremos desarrollar.
3. Trabajar de forma conjunta con Admisión y Secretarías de plantas quirúrgicas, establecer un orden de entrada de las especialidades y la trazabilidad necesaria en cada caso.
4. Disponemos de un Escáner nuevo, con el que hemos ganado rapidez en la ejecución de la digitalización y que es la herramienta imprescindible para realizar este proyecto.

INDICADORES

% PACIENTES QUE ENTRAN EN LISTA DE ESPERA DIGITALIZADOS / SERVICIO MÉDICO
% ERRORES - PACIENTES SIN ENVIAR

DURACIÓN

Fecha Inicio: Marzo 2019:

- Reunión con el médico de Admisión y la Jefa de Sección: datos del Sector en 2018 de entradas en lista de espera (aproximadamente 9.000 pacientes).
- Reunión con Consultas externas: recepción de la documentación para escanear.
- Reunión con Secretarías Quirúrgicas: establecer con ellas la trazabilidad de la documentación, creación de carpetas en red para gestionar la documentación digital de la forma más eficaz. Planificación del calendario a seguir.
- Mayo 2019: evaluación de los primeros resultados.
- Septiembre y noviembre 2019: segunda y tercera evaluación de resultados de las especialidades que se hayan incorporado.

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 - 2019/0662

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELABORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN CME GRANDE COVIAN

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GUILLEN FUENTES
· Profesión TER
· Centro CME GRANDE COVIAN
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA NADAL ADOLFO
FUENTES SALVATIERRA CARMEN
LAGUNA SERON CARMEN
SABIO ALCUTEN CRISTINA
ESPEJO MELLADO CARLOS
CAVERO RATERO ENCARNA
BERNAL BERNAL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión inicial de 1 h. de duración en enero de 2019 donde se organizan y distribuyen los participantes de los grupos de trabajo.

Quedan las exploraciones divididas en cuatro grupos principales:

- Grupo 1: Cráneo y estudios radiológicos digestivos
- Grupo 2: Tórax-Abdomen-Columna
- Grupo 3: Extremidad Superior
- Grupo 4: Extremidad Inferior

Se acuerda el diseño de formato de la ficha radiológica donde se incluye la preparación del paciente, tipo de exploración, datos técnicos (dosis, incidencia del rayo), visualización que debe de cumplir cada radiografía. Junto a los datos se adjuntaran imágenes ilustrativas de las posiciones y de las radiografías.

- Reuniones mensuales desde enero hasta mayo de 2019 y desde octubre hasta diciembre de 2019 a las que acude mayoritariamente todos los miembros del proyecto, con el compromiso de comunicar al resto de los participantes en caso de no asistir la información y las decisiones tomadas.

- La elaboración de las fichas y las reuniones mensuales se han estado realizando durante la jornada laboral empleando tiempos libres en turnos de mañana, tarde y en solapación de turnos.

- Se incorporan las fichas protocolos establecidos en el servicio:

Protocolos de Hombro: fracturas, luxaciones, intervenciones y lesiones tendinosas

Protocolo de Rodilla: Gonartrosis, Síndrome femoro-patelar, Lesiones ligamentarias y Meniscopatia crónica

- Cumplimiento del calendario marcado. Finalización, revisión y validación de todas las fichas del proyecto en enero de 2020

RECURSOS EMPLEADOS

Archivo en soporte informático de los datos necesarios para la elaboración de las fichas.

Tiempo de consulta/revisión bibliográfica y elaboración de fichas.

Material de papelería para impresión de información y posterior revisión

ACCIONES:

Las acciones por realizar se han ido estableciendo en las reuniones, además de conversaciones de la coordinadora del proyecto con los Técnicos de Radiodiagnóstico de modo informal en los momentos necesarios.

Finalizadas las fichas se han valorado por todos los TSDI y radiólogos del Servicio que han dado su opinión, sugerencias y ampliaciones en caso necesario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han elaborado las 105 fichas propuestas que constituyen el 100% de las fichas radiológicas realizadas y validadas.

Las fichas han sido revisadas y validadas por el 90% de los TSDI.

Se han añadido, según sugerencias de TSDI, radiólogos y especialistas, protocolos de uso diario en los que se incluyen varias proyecciones radiológicas.

Las fichas radiológicas constituyen un documento para la realización de estudios radiológicos del servicio.

Favorecen la homogeneidad y unificación de criterios en el trabajo diario y sirven de referencia para nuevas incorporaciones de personal.

Serán incluidas en el Programa de Garantía de Calidad del Servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado del trabajo de elaboración de las fichas radiológicas forma parte del proyecto de protocolización y normalización de las exploraciones radiológicas del Servicio de Radiodiagnóstico del C.M.E. GRANDE COVIAN.

La actividad realizada ha dependido de la responsabilidad profesional de los TSDI y la comprensión de la necesidad de disponer de datos y protocolos de referencia que constituye uno de los pilares de la calidad del Servicio. Esta visión e implicación ha posibilitado el esfuerzo extraordinario de los TSDI y ha permitido la finalización completa del trabajo con el cumplimiento de los objetivos previstos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0662

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELABORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN CME GRANDE COVIAN

Queda pendiente la colaboración de la institución en la realización de fotocopias en color de las fichas y plastificación de las mismas para tenerlas disponibles en las salas. Además de quedar instaladas en carpetas en el escritorio de los ordenadores de las salas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/662 ===== ***

Nº de registro: 0662

Título
PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELABORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN CME GRANDE COVIAN

Autores:
GUILLÉN FUENTES MARIA JESUS, GARCIA NADAL ADOLFO, LAGUNA SERON CARMEN, SABIO ALCUTEN CRISTINA, ESPEJO MELLADO CARLOS, CAVERO RATERO ENCARNA, BERNAL BERNAL DOLORES BEATRIZ, FUENTES SALVATIERRA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CME GRANDE COVIAN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas la patología con indicación de realización de radiología simple
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El volumen de actividad radiológica del centro requiere cada vez mayor precisión y rapidez en realización de estudios de radiología simple y genera la necesidad de contar con protocolos técnicos bien definidos y ajustados a los equipos utilizados con el fin de facilitar el desarrollo de la actividad con el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos.
El cambio de equipos y personal, los distintos grados de experiencia, la presión de la demanda hace que aumente la posibilidad de estudios erróneos.
La elaboración de fichas radiológicas de estudios de radiología simple de las distintas localizaciones anatómicas permite homogeneizar criterios y disminuir la variabilidad de los resultados. Acorta tiempos de realización y mejora la imagen obtenida repercutiendo en un diagnóstico de calidad.
Se requiere una actualización, archivo en soporte informático e impresión en papel plastificado para tenerlo a disposición en las salas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaboración de fichas radiológicas de las distintas zonas anatómicas, describiendo técnica, proyección y criterios de calidad de imagen. Utilidad como guía de actuación.
- Mejorar el proceso de realización de la exploración facilitando al TSID su trabajo y ahorrando tiempo.
- Homogeneizar criterios.
- Beneficio que afecta a toda la población y profesionales implicados que obtienen una mayor calidad diagnóstica.

MÉTODO
ACCIONES:
- Reunión inicial: Organización de grupos de trabajo de TSID y distribución de tareas por grupos.
- Revisión del estado actual de la protocolización de estudios radiológicos (criterios de valoración, dosis...)
- Reuniones mensuales. Ocho en un año, excluyendo periodos vacacionales.
o Exposición del trabajo realizado en cada reunión y valoración conjunta del grupo.
o Validación o modificación si procede.

INDICADORES
INDICADORES:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0662

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELABORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN CME GRANDE COVIAN

- % de fichas radiológicas realizadas y validadas: >90% (Entre 90-100%)
- % de consenso entre los TSID en la validación: >90% (Entre 90-100%)

DURACIÓN

Reunión inicial de 1 h.

Reuniones mensuales de 45 min. Se fijará día concreto en cada reunión de la próxima según disponibilidad del personal.

Fecha prevista de inicio: Marzo 2019.

Fecha prevista finalización del proyecto: Febrero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0974

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y FUGA EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE BEGOÑA MARTINEZ CIRIANO
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL PARQUE GOYA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAZQUEZ RODRIGUEZ MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La finalidad inicial del proyecto es establecer unas normas de actuación protocolizadas ante posibles episodios de agitación psicomotriz, situaciones conflictivas y fugas que pudiesen acontecer en los jóvenes con patología mental que acuden a Hospital de día.

Para ello se revisó la bibliografía existente en el momento actual en otros tipos de dispositivo de estas características y de la hospitalización parcial tanto del ámbito nacional como internacional, con el objetivo de acordar los criterios específicos a nuestro dispositivo.

Fases del Proyecto:

1- en primer lugar se realizó una búsqueda de bibliografía en internet de bases de datos biomédicas principalmente Medline, Pubmed, Índice médico español, Teseo, Cochrane y guías clínicas.

2- Lectura por parte del área de enfermería y psiquiatría de la bibliografía y selección de los protocolos más recientes.

3- Se hace una reunión para acordar y asignar los índices a realizar por parte de cada uno de los profesionales participantes en la elaboración.

4- Se establece que la comunicación se hará a través de los correos electrónicos y del grupo de WhatsApp de Hospital de Día.

5- Se traslada al resto del equipo la posibilidad de aportar sugerencias, bibliografía o consideraciones y dificultades a tomar en cuenta.

6- Se elaboró los distintos índices y apartados del Protocolo de forma individual por cada uno de los profesionales: Enfermería y Psiquiatría.

7- Se realiza una segunda reunión en la que se puso en común los distintos apartados y se redactó el protocolo.

8- Puesta en común en el equipo de Hospital de Día del Protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La presente memoria viene a reflejar nuestro propósito en este proyecto, cuyo objetivo consiste en la elaboración de algoritmos de actuación de los diferentes procesos a llevar a cabo, para establecer las actuaciones correctas ante la detección de situaciones de riesgo y/o violencia que pueden acontecer en nuestra unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4. Con la elaboración y puesta en común con el equipo del protocolo de actuación, se pretende minimizar efectos adversos mediante el conocimiento y desarrollo de las actuaciones protocolizadas de todas las partes integrantes en el programa, y poder llevar a cabo un registro de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

Poder establecer criterios de unificación con otros dispositivos de Salud Mental en la Atención al menor en nuestra comunidad.

Este tipo de documentos unifican criterios de actuación, facilitan el trabajo en caso de Urgencia, haciendo que cada profesional actúe de forma coordinada dentro de un equipo.

Se recomienda revisar periódicamente, poner en común y actualizar el protocolo cada 6 meses, fomentando la implicación del equipo para generar sinergias que mejoren la calidad de atención al paciente.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/974 ===== ***

Nº de registro: 0974

Título
ELABORACION DE PROTOCOLO DE AGITACION PSICOMOTRIZ Y FUGA EN EL HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL

Autores:
MARTINEZ CIRIANO BEGOÑA, VAZQUEZ RODRIGUEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0974

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y FUGA EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: Trastorno mental grave
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el hospital de día en salud mental del niño y adolescente "Parque Goya" se atiende a niños y adolescentes con edades entre 6 y 18 años de edad con trastorno Mental grave, en muchos de ellos en situación sub-aguda.

El ingreso en hospital de día en salud mental de niños y adolescentes es habitualmente una situación especial, en parte debido a que al ser un tratamiento intensivo el número de horas que los pacientes están en los diferentes espacios es elevado, interaccionando en las distintas actividades en grupo tanto con sus pares como con los profesionales. Ello añadido a la gravedad de su psicopatología puede dar lugar a que alguno de ellos presente una agitación y/o fuga del hospital.

El abordaje del paciente afecto de un estado de agitación psicomotriz es sin duda uno de los mayores retos que puede presentarse para los profesionales sanitarios y las propias instituciones, debido al importante impacto biopsicosocial y ético-legal.

El personal sanitario tiene que ser capaz de actuar con prontitud, percatarse de las señales de alerta, emitir un primer juicio diagnóstico con poca información y tomar medidas que protejan al paciente y que tengan un efecto terapéutico.

Se considera que un paciente se ha fugado del Centro, cuando la ausencia se produce a instancias del propio paciente, abandonando el hospital, sin que exista indicación y sin conocimiento del personal del hospital o cuando se produzca durante una fase de evolución de agitación psicomotriz con interacción del personal.

El personal sanitario tiene que ser capaz de tomar las medidas pertinentes y evitar efectos adversos, teniendo en cuenta: derechos y obligaciones, ley Gral de sanidad, ley de autonomía del paciente y procedimiento de notificación del incidente acontecido.

El personal sanitario tiene que ser capaz de actuar con prontitud y tomar las medidas que protejan al paciente. Para ello, es necesario llevar a cabo unas pautas adecuadas de intervención y el uso de determinadas medidas, tanto farmacológicas como no farmacológicas junto con la coordinación de los profesionales que intervienen en el hospital para lograr una mayor efectividad en el abordaje de estos pacientes y una disminución de consecuencias nocivas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Detectar conductas y señales de riesgo para poder predecir señales de alerta.
2. Elaborar un protocolo de agitación y fuga individualizado para minimizar posibles situaciones de riesgo.
3. Establecer un procedimiento de elaboración, organización y coordinación de las actuaciones adecuadas entre los profesionales de hospital de día encaminadas poder solventar la crisis de agitación.
4. Establecer las actuaciones correctas de notificaciones, comunicaciones y actuaciones a todas las partes interesadas en la fuga detectada (Profesional, servicio, Institución...)
5. Establecer las actuaciones correctas ante la detección de situaciones de riesgo que pueden acontecer en el día a día y que podrían generar una situación violenta.
6. Garantizar la seguridad del paciente e integridad mediante actuaciones adecuadas y correctamente coordinadas para aumentar y mejorar la calidad asistencial

MÉTODO

Realizar una búsqueda bibliográfica y guías de otros protocolos realizados en otros servicios de Hospital de día.
Confección de la gestión de protocolos.
Puesta en común en el equipo.
Puesta en marcha de los protocolos.

INDICADORES

Número de protocolos revisados y analizados.
Elaboración de procesos y subprocesos.

DURACIÓN

Mayo 2019: búsqueda bibliográfica
Junio 2019: coordinación y visita a otros dispositivos de Hospital de día
Julio - diciembre 2019: elaboración de protocolo, puesta en común en el equipo y aprobación del mismo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0974

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y FUGA EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1487

1. TÍTULO

PROMOCIÓN DE HABITOS SALUDABLES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DIA INFANTO JUVENIL "PARQUE GOYA" DE SALUD MENTAL (HDIJ)

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE EVA BENAVENTE PORTOLES
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL PARQUE GOYA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ POBLETE CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Comunicación del proyecto al equipo, desarrollo de calendario e introducción en el cronograma del Plan funcional del Hospital de día la actividad de nutrición y alimentación. Fecha de inicio: 1 junio de 2019.
Se han utilizado los recursos detallados en el Proyecto 2019_1487, para la consecución de los objetivos previstos en dicho proyecto.

1-Recogida de almuerzo saludable en Colegio Agustina: un día a la semana, los pacientes se han ido alternando para ir a recoger fruta y leche.

2-Desde julio que finaliza la actividad escolar, nos pusimos en contacto con nuestro Hospital de Sector 1. HRV, para que nos enviaran semanalmente: fruta, leche, galletas y cola-cajo, zumos.

3-Se han realizado los intercambios de almuerzo en lo que diseñamos como "Semana Saludable" una en julio y otra en agosto: salidas con pacientes y paseos a espacios abiertos, y saludables, parque urbanos Expo, parque del agua, riberas del Ebro, Juslibol.

Igualmente se han compartido almuerzo en festivos señalados: El Pilar o Navidad.

***Se elaboró material Power point de presentación de la actividad "Semanas Saludables". Se les enseñó a los pacientes el viernes previo a las salidas.

4-Taller sesión explicativa, nutrición, alimentos:

? De junio a septiembre: una vez al mes

? De octubre a diciembre: una vez por semana.

Este taller se ha realizado mediante la elaboración de un Power point en el que se ha trabajado: la dieta mediterránea, clarificar opiniones sobre dietas falsas, el conocimiento práctico de la pirámide de alimentarios, así como los mitos y falsedades de determinados alimentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

· N° PARTICIPANTES QUE HAN ALMORZADO DOS DÍAS A LA SEMANA (FRENTE A PACIENTES TOTALES): 22 de 24

· N° PACIENTES QUE HAN GENERALIZADO SU ALMUERZO A RESTO DE DÍAS: 22 de 24

· N° PACIENTES QUE HAN GENERALIZADO LA ACCIÓN A SU ENTORNO FAMILIAR:

Se desconoce. Ya que se ha observado, salvo excepciones contadas, que la preocupación de las familias en general por el tema alimentario, es de baja intensidad, respecto a otros síntomas que presentan estos pacientes.

· PACIENTES CON ASISTENCIA AL TALLER SALUDABLE Y QUE HAN PARTICIPADO ACTIVAMENTE:

Todos los pacientes han tomado interés por el Taller y han participado activamente, introducidos por dinámicas grupales activas propuesta por el terapeuta.

Igualmente se han hecho recogidas de información en grupo sobre parques urbanos con instalaciones deportivas. Se han buscado comercios y supermercados de proximidad en sus barrios. Se les ha motivado para realizar compras y aprender a leer los etiquetados.

· PACIENTES QUE HAN CAMBIADO SU PERCEPCIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE:

Los participantes han cambiado su percepción sobre la alimentación y han aumentado su concienciación. En el caso de los pacientes con atracones y sobrepeso, todavía se encuentran en la fase de contemplación (Prochaska y Diclemente, Estadios de Cambio). Siéndoles muy difícil en este momento, tomar la determinación de cambio. Los pacientes con episodios de alta restricción alimentaria, han sido muy resistentes a los Niveles de cambio: funcionalidad del síntoma/ situación y conflictos intrapersonales.

Impacto del Proyecto: necesidad de almorzar, seleccionar alimentos más saludables e integrar el ejercicio físico. En el caso de estos pacientes, evitar además las siestas prolongadas, a veces en relación a efectos secundarios de la medicación, otras veces, en relación al sedentarismo y ausencia de planes en el exterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos del proyecto: atención nutricional de los pacientes en el Hospital, favorecer conductas alimentaria más sanas. Cambiar creencias y concienciar sobre el cuidado de la salud, consideramos que se han cumplido.

Observaciones relevantes:

Los pacientes vistos en el año 2019 en el Hospital han manifestado unas actitudes hacía la nutrición saludable y el ejercicio, a veces mediatizadas por procesamientos cognitivos distorsionadas (falsas creencias). Otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1487

1. TÍTULO

PROMOCIÓN DE HABITOS SALUDABLES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DIA INFANTO JUVENIL "PARQUE GOYA" DE SALUD MENTAL (HDIJ)

veces, sus hábitos alimentarios están inmersos en sus problemas psiquiátricos. Nos hemos encontrado que los pacientes con conductas de tipo más externalizantes: extroversión, bajo control de impulsos, necesidad de inmediatez, ansiedad motora, tienden a padecer a padecer, sobrepeso. Estos pacientes lo han asociado a niveles altos de ansiedad tanto interna, como reactiva: espacios sociales informales (almuerzo en Hospital) o relaciones sociales con grupos de iguales. También hemos observado que algunos pacientes, realizan atracones en el espacio del almuerzo en el Hospital, como forma de mitigar la ansiedad social y la evitación de la comunicación informal tanto con otros pacientes como con profesionales. Hemos observado que los pacientes más internalizantes: más introvertidos, más depresivos, menos necesidad de acting, comen de forma más lenta y más saludable.

7. OBSERVACIONES.

Nos parece de interés de cara a un futuro proyecto el recoger los datos siguientes observados:

- Total, pacientes participantes: 24
- Total, pacientes con sobrepeso. 9
Fuente. Indicadores antropométricos de los historiales del HDIJ Parque Goya.
- Total pacientes con episodios muy frecuentes de atracón: 8
Fuente: el entorno familiar y HDIJ Parque Goya
- Pacientes con episodios muy frecuentes de restricción alimentaria: 4
Fuente: el entorno familiar e informes de derivación USM
- Pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental y anorexia: 3
Fuente: Informe de derivación de la Unidad de Salud Mental (USM).

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1487 ===== ***

Nº de registro: 1487

Título
PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DIA INFANTO JUVENIL PARQUE GOYA DE SALUD MENTAL (HDIJ)

Autores:
BENAVENTE PORTOLES EVA, MARTINEZ POBLETE CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM INFANTO JUVENIL PARQUE GOYA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
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

El HDIJ Parque Goya, es un dispositivo de Salud Mental de la CCAA Aragón de nueva implantación (dic. 2018), para la atención intensiva e integral de pacientes jóvenes hasta 18 años, que presentan patología mental grave. Se interviene desde el modelo de "hospitalización parcial" y desde un enfoque holístico y sistémico. Tiene como objetivos el abordaje de la patología psiquiátrica y la intervención en todas las áreas de funcionamiento del paciente.

Desde esta perspectiva se han detectado en estos pacientes jóvenes, diversos problemas alimentarios, bien concomitantes o expresivos de sus dificultades psicopatológicas, o bien una completa ausencia de hábitos alimentarios saludables.

El perfil de estos pacientes es:

- Aislamiento social, sedentarismo y ausencia de hábitos alimentarios sanos; aburrimiento, inactividad e

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1487

1. TÍTULO

PROMOCIÓN DE HABITOS SALUDABLES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DIA INFANTO JUVENIL "PARQUE GOYA" DE SALUD MENTAL (HDIJ)

ingestas inadecuadas.

- Creencias falsas. Trastornos alimentarios diversos, unos derivados de su psicopatología de base como por ejemplo en las fobias sociales, trastornos depresivos. Otros centrados en el rechazo completo a la ingesta de comida (huelgas de hambre) que tiene lugar en trastornos de la personalidad severo. En otros casos se da la situación de imponerse reglas estrictas alimentarias: cuándo, qué comer y cómo, alternando con otras conductas de ingestas de altos consumos de alimentos de carbohidratos y grasas.
Por otro lado, determinadas situaciones que con frecuencia se encuentran en población infanto juvenil psiquiátrica, pueden derivar en trastornos alimentarios como sentirse solo, sentirse deprimido, soledad, aburrimiento o irritabilidad.
Baja autoestima y > de los niveles de ansiedad son, según estudios, los mejores predictores para detectar patología de la conducta alimentaria en adolescentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto va dirigido a pacientes de 6-17 años.

Objetivos:

- La atención nutricional de los pacientes del Hospital de día.
- Favorecer las conductas alimentarias saludables
- Ayudar a adquirir conocimientos y cambiar creencias erróneas respecto a los alimentos.
- Concienciar a los pacientes sobre la importancia de un cuidado integral de su salud.

MÉTODO

ACCION 1 ACTIVIDAD INTRAHOSPITALARIA

Profesionales:

- Desarrollo Proyecto -Programa. Calendario.
- Reuniones de seguimiento de la actividad del equipo responsable. Ajustes según necesidades sobrevenidas o detectadas.

Pacientes:

Introducir en el cronograma de actividades del Plan funcional del Hospital de Día, una actividad relacionada con la nutrición y alimentación.

Para ello dedicaremos dos días a la semana en el "espacio informal del almuerzo" a incidir sobre la necesidad de que realicen algún tipo de ingesta alimentaria durante este tiempo. Se van a concretar en 3 actividades:

- Un día a la semana de consumo de los productos (leche y fruta) que nos aporta un centro educativo (VER Acción 2).

- Un día a la semana de "intercambio de almuerzos", en el que cada paciente aporte una pieza de fruta para compartir, con el objetivo de que logren un mayor compromiso con la actividad.

- Un día al mes implantar un TALLER "sesión explicativa de alimentos y nutrición", finalizando la sesión con una propuesta compartida para el día siguiente, de realizar en el espacio del almuerzo un tipo de lunch o aperitivo ligero, con ingredientes variados que puedan realizar y comer en el hospital.

ACCION 2 ACTIVIDAD COMUNITARIA

Nos hemos puesto en contacto con el CEIP Agustina de Aragón, que nos ha incluido en su "Plan de Consumo de Frutas y Lácteos en la escuela".

INDICADORES

INDICADORES:

Nº de pacientes que:

- Han participado en el almuerzo dos días a la semana frente a nº de pacientes totales.
- Han generalizado el almuerzo los otros días de la semana.
- Han generalizado la acción a su entorno familiar.
- Asisten al Taller mensual de alimentación saludable y participan activamente en la confección del almuerzo.
- Han cambiado su percepción sobre la necesidad de la alimentación saludable.

EVALUACIÓN

Se realizará mediante una hoja de auto-registro semanal individualizada.

Al final del proyecto se hará una valoración del progreso y resultados.

DURACIÓN

Se pretende que el espacio de media hora dedicado al almuerzo, sea un espacio compartido informalmente entre pacientes y profesionales, donde se intenta replicar las interacciones sociales que se dan la vida diaria.

Los responsables realizarán las siguientes funciones:

- Informar a los pacientes nuevos y a sus familias del desarrollo de esta actividad que se realiza durante la media hora del almuerzo: traer alguna fruta, traer algún alimento para el lunch mensual, introducir nuevos alimentos en el plan nutricional doméstico.
- Implicación de los pacientes para la recogida de la fruta en el colegio.
- Impartición del Taller mensual de nutrición.

OBSERVACIONES

La mayoría de los Hospitales de día tanto para jóvenes como para adultos, tienen entre sus protocolos de actuación, la realización mínima de 1 almuerzo o comida diaria en el Hospital. Considerándose esta actividad como altamente terapéutica. En nuestro caso, la ubicación de nuestro dispositivo en un Centro de Salud, no nos permite en la actualidad, la implantación del catering, que sería necesario para dicha actividad.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1487

1. TÍTULO

PROMOCIÓN DE HABITOS SALUDABLES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DIA INFANTO JUVENIL "PARQUE GOYA" DE SALUD MENTAL (HDIJ)

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 - 2019/0795

1. TÍTULO

VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE PSICOLOGIA CLINICA DE CSM MEDIANTE ESCALAS DE EVALUACION CONDUCTUAL AUTOAPLICADAS REMITIDAS POR CORREO ELECTRONICO

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ESPERANZA VALLS LAZARO
 · Profesión PSICOLOGO/A
 · Centro USM ACTUR SUR
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
 · Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 MARTINEZ ROIG MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la Consulta de Psicología Clínica se seleccionaron 140 pacientes que reunían las características requeridas, conforme a la valoración realizada en la 1ª visita con la entrevista de primer día. Los requerimientos eran diagnósticos y clínicos (Trastornos afectivos, de ansiedad y adaptativos) y de características personales (capacidad de manejo y uso de correo electrónico)

En dichos pacientes el profesional elegía la Escalas de Evaluación Conductual Autoaplicadas más adecuadas para la evaluación basal del paciente y al finalizar la consulta se le solicitaba una dirección de correo electrónico para ponerse en contacto y a la que se remitía el documento Word con las escalas seleccionadas para que responda el plazo que el profesional estime indicado. Simultáneamente se proporciona al paciente la dirección de correo electrónico corporativo del profesional a la que dirigirse. Esta oferta debe de ser acotada y derivada a consulta presencial en caso de una demanda desbordada.

Se solicita el consentimiento informado para gestionar toda la información a través de correo electrónico. A partir de entonces se abre una línea de intercambio por esta vía para la recepción de los registros y tareas psicoterapéuticas adjudicadas al paciente para el periodo intersesiones y para el envío de las respuestas, matizaciones, documentación escrita de las estrategias trabajadas etc por parte del profesional. Así mismo es usado como primera vía de contención emocional si el paciente así lo demanda y así lo considera pertinente el profesional.

Los cambios llevados a cabo en el Servicio se limitan a la asignación de un espacio de tiempo semanal (inicialmente 2-3 horas) para la gestión de los correos electrónicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado es ampliamente satisfactorio y para valorar los resultados de cara a la elaboración de la memoria se realiza una breve encuesta de valoración de los usuarios del programa para conocer su opinión y valoración del mismo.

Se adjunta la encuesta y se indica la media obtenida entre todas las respuestas recibidas.

Encuesta

Le enviamos esta encuesta como usuario del C.S.M. Actur sur, para conocer su valoración sobre si la comunicación por correo electrónico la considera una vía o herramienta útil para poder intercambiar documentación, información, registros y una comunicación directa más ágil con el profesional que le atiende o ha atendido. Recuerde que no estamos valorando su satisfacción ni con el Servicio Aragonés de Salud, ni con el profesional concreto que le atiende, sino solamente si considera el correo electrónico un medio positivo y útil en el proceso de tratamiento que Ud lleva. Por favor marque con una X o en negrita la respuesta que más se asemeje a su opinión. Gracias por colaborar, no es necesario identificarse.

1. Me facilita poder recibir o enviar cuestionarios, documentos, información o registros de tareas de forma útil y satisfactoria sin tener que desplazarme de mi domicilio para ello.

1	2	3	4	5	media: 4.3
en absoluto	bastante	mucho	muchísimo		
algo					

2. Me facilita poder comunicarme con el profesional que me atiende en el caso de una situación de mayor necesidad de comunicación o emergencia emocional, en tiempo más rápido sin la limitación de las citas preprogramadas.

1	2	3	4	5	media: 4.2
en absoluto	bastante	mucho	muchísimo		
algo					

3. He recibido con relativa rapidez una respuesta del profesional para ayudarme a gestionar la situación de conflicto en la que me hallaba.

media: 4.35

1	2	3	4	5
no he recibido	demora de más	contestó rápido	contestó	
tardó pero	de semana, en esa misma semana en 24 h.			
respuesta	contestó			

4. Sus respuestas me han servido para gestionar mejor la situación y mi malestar no fuera a peor.

media: 4.0

1	2	3	4	5
nada útil	algo útil	bastante útil	muy útil	me ayudó muchísimo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0795

1. TÍTULO

VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE PSICOLOGIA CLINICA DE CSM MEDIANTE ESCALAS DE EVALUACION CONDUCTUAL AUTOAPLICADAS REMITIDAS POR CORREO ELECTRONICO

5. Me siento más conectado y mi confianza en el servicio y seguimiento es mayor

1 2 3 4 5 media: 4:0
en absoluto algo bastante mucho muchísimo

6. En algunos casos me ha servido para poder avisar de una ausencia o cambio de cita ya que por teléfono es muy difícil.

NO (9,65%) No lo he necesitado o requerido (71%) SI (19,35%)

7. En general, la posibilidad de la comunicación por correo electrónico la valoro como:
media: 4.45

1 2 3 4 5
nada útil algo útil bastante útil muy útil necesaria y
satisfactoria o satisfactoria o satisfactoria o satisfactoria muy satisfactoria

Gracias por su colaboración

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que se debe mejorar la conexión con la historia clínica electrónica ya que hasta ahora por el sistema de registro de funciones no se ha hecho constar este proceder y se debería incluir en la historia clínica electrónica.

Consideramos que es una forma de facilitar al usuario la asistencia especializada, principalmente en aquellos casos que requieren desplazamientos por ser de poblaciones rurales y alejadas al centro de salud, facilitador de una gestión flexible que minimice el absentismo laboral de los usuarios, así como una forma avalada en diferentes publicaciones de asistencia rápida y de calidad.

7. OBSERVACIONES.

Sería deseable, para poder llegar de forma mas directa al usuario, facilitar los medios para poder incorporar las nuevas tecnologías a la labor asistencial de los profesionales del salud.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/795 ===== ***

Nº de registro: 0795

Título
VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE PSICOLOGIA CLINICA DE CSM MEDIANTE ESCALAS DE EVALUACION CONDUCTUAL AUTOAPLICADAS REMITIDAS POR CORREO ELECTRONICO

Autores:
VALLS LAZARO ESPERANZA INMACULADA, MARTINEZ ROIG MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
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

La saturación de las consultas de Psicología Clínica en el Centro de Salud Mental debido a la alta demanda y a la escasa ratio de profesionales (no llegan a 4 jornadas completas para un sector de 200.000 personas) hacen que la lista de espera para revisiones y la frecuencias de visitas se alejen de los estándares deseables con revisiones de frecuencia mensual en el mejor de los casos. La necesidad de los profesionales de constatar cambios clínicos y dar pautas junto a la necesidad de los pacientes de mantener contacto con su terapeuta favorecen el uso del correo electrónico de forma incidental. Siendo una práctica aislada y esporádica este proyecto es pertinente en cuanto a que permita canalizar esta necesidad, mejorar la satisfacción de los pacientes, descender el número de visitas fuera de agenda y urgencias y obtener datos sobre la evolución de los pacientes. Especialmente importante es la utilidad que esta vía de comunicación pueda tener para detectar y prevenir conductas suicidas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0795

1. TÍTULO

VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE PSICOLOGIA CLINICA DE CSM MEDIANTE ESCALAS DE EVALUACION CONDUCTUAL AUTOAPLICADAS REMITIDAS POR CORREO ELECTRONICO

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos son:

Disminuir el número de visitas a urgencias y no programadas de los pacientes en seguimiento en psicología clínica del CSM

Mejorar la satisfacción del paciente

Detectar casos con riesgo suicida.

La población diana son pacientes de más de 18 años con Trastornos Afectivos (ansiedad y depresión) y Trastornos

Adaptativos que acuden a la consulta de Psicología Clínica del CSM

MÉTODO

Desde la Consulta de Psicología Clínica se seleccionarán sucesivamente los pacientes que reúnan las características requeridas, a medida que se les cite como pacientes de primer día. Los requerimientos serán diagnósticos y clínicos (Trastornos afectivos, de ansiedad y adaptativos) y de características personales (capacidad de manejo y uso de correo electrónico)

En dichos pacientes el profesional elegirá la Escala de Evaluación Conductual Autoaplicada más adecuada para la evaluación basal del paciente y al analizar la consulta se le solicitará una dirección de correo electrónico para ponerse en contacto y a la que se remitirá documento Word con las escalas seleccionadas para que responda el plazo que el profesional estime indicado.

Simultáneamente se proporcionará al paciente una dirección de correo electrónico a la que dirigirse. Esta oferta debe de ser acotada y derivada a consulta presencial en caso de una demanda desbordada.

Se solicitará consentimiento informado para gestionar toda la información a través de correo electrónico

Los cambios previstos en el Servicio se limitan a la asignación de un espacio de tiempo semanal (inicialmente 2 horas) para la gestión de los correos electrónicos

INDICADORES

El proyecto se monitorizará mediante los siguientes parametros:

Numero de pacientes incluidos (deseable >30)

Numero de consultas no programadas o asistencias a urgencias generadas por los pacientes incluidos (Deseable < 5 por cada 30 pacientes)

Encuesta de satisfacción de usuarios

DURACIÓN

Inicio de programa el 1 de Abril 2019

Fecha de evaluación: 31 MARZO 2020

Se comunicarán los resultados a partir de Diciembre. No se define fecha de fin de la actividad puesto que se trata de una actividad a iniciar e implantar. El proyecto de evaluación finalizará en Marzo

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 - 2019/1289

1. TÍTULO

PROGRAMACION ACTIVIDADES CONJUNTAS Y COORDINACION DEL CENTRO SALUD MENTAL ACTRUR SUR CON LA ASOCIACION DE USUARIOS Y FAMILIARES "PASO A PASO"

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL MARTINEZ ROIG
· Profesión MEDICO/A
· Centro USM ACTUR SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ACIN NAVARRO MYRIAM
GONZALEZ ASENJO HELENA
DE MIGUEL GIMENO SEGUNDO
QUETGLAS FERRIOL BERNARDO
GOMEZ HERNANDEZ RAFAEL
VALLESPI CANTABRANA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de 2019 se han mantenido 3 reuniones con diversos componentes de la asociación para planificar el tipo de intervención /taller para aplicar por el personal del centro y las vías en que usuarios y familiares de la asociación han de incorporarse a la gestión y valoración del Programa de Primeros Episodios Psicóticos (PEP) del centro

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos que se diseñaron fueron:

- 1.- Mantener reuniones periódicas con la asociación para diseñar estrategias de colaboración (una al trimestre). Este objetivo se ha cumplido
 - 2.- Realizar actividades formativas / talleres con los miembros de la asociación. Previsto iniciar en primer trimestre de 2020
 - 3.- Establecer espacios dentro de la USM que permita que los usuarios de recursos de salud mental del sector I entre 18 y 65 años y diagnosticados como TRASTORNO MENTAL GRAVE puedan beneficiarse de las actuaciones de la asociación. Previsto iniciar en primer trimestre
- Dada la característica del proyecto y su relación a su vez con la puesta en marcha de otras iniciativas se marco Abril de 2020 como fecha de evaluación de indicadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La relación con familiares y usuarios y su incorporación a la gestión de los recursos requiere espacios específicos que aun no están diseñados en el caso de Salud Mental. Mientras no sea así los encuentro profesionales - familias - usuarios dependen de múltiples elementos que hacen difícil su entrada en agenda

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1289 ===== ***

Nº de registro: 1289

Título
PROGRAMACION ACTIVIDADES CONJUNTAS Y COORDINACION DEL CENTRO SALUD MENTAL ACTRUR SUR CON LA ASOCIACION DE USUARIOS Y FAMILIARES "PASO A PASO"

Autores:
MARTINEZ ROIG MIGUEL, ACIN NAVARRO MYRIAM, GOMEZ HERNANDEZ RAFAEL, GONZALEZ ASENJO HELENA, QUETGLAS FERRIOL BERNARDO, VALLESPI CANTABRANA ANA, DE MIGUEL GIMENO SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: USM ACTUR SUR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1289

1. TÍTULO

PROGRAMACION ACTIVIDADES CONJUNTAS Y COORDINACION DEL CENTRO SALUD MENTAL ACTRUR SUR CON LA ASOCIACION DE USUARIOS Y FAMILIARES "PASO A PASO"

PROBLEMA

La incorporación de los usuarios y sus familias a la toma de decisiones se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios de todas los sistemas y organizaciones sanitarias. La fragmentación de las asociaciones hace difícil designar un interlocutor representativo pero desde recursos de salud mental de nuestro sector un grupo de familiares y usuarios se han organizado como asociación (Asociación "Paso a Paso") lo que nos permite incorporarlos a las actividades de la USM y otros recursos de forma bidireccional, permitiendonos proporcionar formación y psicoeducación a la vez que nos permite tener feed back sobre las intervenciones realizadas

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos son:

- 1.- Mantener reuniones periódicas con la asociación para diseñar estrategias de colaboración (una al trimestre)
- 2.- Realizar actividades formativas / talleres con los miembros de la asociación
- 3.- Establecer espacios dentro de la USM que permita que los usuarios de recursos de salud mental del sector I entre 18 y 65 años y diagnosticados como TRASTORNO MENTAL GRAVE puedan beneficiarse de las actuaciones de la asociación

MÉTODO

Las acciones a desarrollar son :

- 1.- Reuniones con la Asociación y los profesionales de la USM y otros recursos al menos uno por trimestre para detectar necesidades formativas y de apoyo a la asociación, atender a la percepción de usuarios y sus familias del funcionamiento de su familia, diseñar espacios en los que la asociación pueda intervenir en las actividades clínicas de la USM y ofrecer la USM como vía de vinculación y apoyo a otros pacientes
- 2.- Talleres formativos de corte psicoeducativo de tipo divulgativo
- 3.- Diseño de material informativo para usuarios de la USM

INDICADORES

Reuniones con la Asociación: 4 hasta Abril 2020
Talleres: Entre 4 y 6 hasta Abril 2020
Diseño de material divulgativo para entregar en la USM

DURACIÓN

Se trata de un proyecto para lanzar una actividad que ha de mantenerse como oferta estable de los recursos de salud mental del Sector. El proyecto y la evaluación está prevista para Abril 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1022

1. TÍTULO

COLABORACION CON EL CENTRO SOCIO-LABORAL LA JOTA PARA FOMENTAR HABITOS SALUDABLES ENTRE LOS JOVENES

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE DOMINGO PONCE SALCEDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOBERA LAHOZA ELENA
BANDRES DE BLAS ESTHER CLARA
MENE LOMBARDO LUCIA
MONTESINOS ESCARTIN TAMARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente, se formó un grupo de trabajo con personal sanitario para dar forma al proyecto. Tras ello se realizó una primera reunión con educadores del centro socio-laboral el 20 de septiembre de 2018 para ver cómo se iban a tratar estos temas y qué fechas serían las más adecuadas. Posteriormente, a través de reuniones del grupo de trabajo del centro de salud, a partir de diciembre de 2018, se fueron desarrollando las intervenciones en forma de charlas-taller. Se desarrollaron las siguientes charlas-taller con una duración aproximada de unos 90 minutos : "Trastornos de la conducta alimentaria" (12 de febrero de 2019), "Alimentación saludable" (19 de marzo de 2019) y "Actividad física e higiene postural" (9 de abril de 2019). Previamente, como introducción a dichas charlas-taller, se ofreció material audiovisual (películas, reportajes, documentales,...) que trataban sobre el tema que se iba a desarrollar para que los alumnos tuvieran un primer acercamiento al mismo unos días antes. Se expuso a través de presentaciones audiovisuales elaboradas exclusivamente para el proyecto. Se procuró fomentar la participación activa de los participantes buscando una visión crítica de la información que se trataba.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Prevía a cada charla se realizaron encuestas para evaluar el grado de conocimientos/adherencia a los hábitos de salud, déficits de conocimientos, así como prácticas de riesgo en los participantes. Finalizadas las charlas, se evaluó la mejora de conocimientos y grado de satisfacción/aceptación de cada actividad con una nueva encuesta. De esta forma objetivamos que un 100% de la población había mejorado sus conocimientos, había resuelto dudas, y les había resultado útil. Sin embargo el 20% no estaba dispuesto a modificar sus hábitos de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ante la buena respuesta de éstas charlas se tiene la intención de seguir colaborando con éste centro para futuras ocasiones con otros temas a tratar, incluso se podría intentar ampliar el proyecto a otros centros educativos. Sería interesante implicar a otros profesionales del centro de salud para aportar nuevas ideas, puntos de vista y conocimientos (p.e. fisioterapeutas, matrona, médicos de familia, pediatras, trabajadora social, etc.).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1022 ===== ***

Nº de registro: 1022

Título
COLABORACION CON EL CENTRO SOCIO-LABORAL LA JOTA PARA FOMENTAR HABITOS SALUDABLES ENTRE LOS JOVENES

Autores:
PONCE SALCEDA DOMINGO, LOBERA LAHOZA ELENA, BANDRES DE BLAS ESTHER CLARA, MENE LOMBARDO LUCIA, MONTESINOS ESCARTIN TAMARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: (Z72) Problemas relacionados con el estilo de vida
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1022

1. TÍTULO

COLABORACION CON EL CENTRO SOCIO-LABORAL LA JOTA PARA FOMENTAR HABITOS SALUDABLES ENTRE LOS JOVENES

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La zona básica de salud del Centro de Salud de La Jota engloba más de una docena de centros educativos dirigidos a la población más joven. Es importante que exista una relación directa entre el Centro de Salud y estos centros para que fluya una información veraz acerca de los hábitos saludables que debe incorporar o establecer la población desde las edades más tempranas. Actualmente es muy importante el uso que hace esta población de redes sociales y páginas web de personas poco o nada formadas en hábitos saludables pero que tienen gran influencia por diferentes razones y afectan a las decisiones sobre hábitos de salud de esta parte de la población fácilmente manipulable. Por ello, consideramos muy necesario mostrar a dicha población la visión del Centro de Salud no sólo como un lugar de atención médica sino también como un referente en la promoción de la salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el conocimiento y habilidades en buenos hábitos de salud en población joven sana.
Aumentar las alianzas entre el centro de salud y la comunidad.
Reducir conductas de riesgos en población vulnerable.

MÉTODO

Tras un primer contacto realizado en 2018 con el CENTRO SOCIOLABORAL LA JOTA TAMIZ, a petición de dicho centro, por la necesidad de abordar temas que habían valorado como deficientes en sus alumnos y podían conllevar riesgos, se ideó una colaboración en la que desde el centro de Salud se desarrollarían unos temas determinados previamente, dirigidos al alumnado (jóvenes de 15 años derivados por orientación escolar y a jóvenes de 16 a 25 sin titulación escolar ni cualificación profesional). En total se determinaron 3 temas a tratar: trastornos de la conducta alimentaria, la dieta saludable y vida sana (ejercicio físico)- higiene postural. Inicialmente se forma un grupo de trabajo con personal sanitario para dar forma al proyecto. Tras ello se realiza una primera reunión con educadores del centro socio-laboral para ver cómo se tratarán estos temas y qué fechas serán las más adecuadas. Posteriormente, a través de reuniones del grupo de trabajo del centro de salud, se van a desarrollar las intervenciones en forma de charlas-taller. Se utilizarán los espacios y medios audiovisuales disponibles en el centro de salud y en el centro educativo. Las charlas-taller irán englobadas en el desarrollo de asignaturas que se imparten en el centro educativo para complementar los conocimientos de los alumnos fomentando la transversalidad en la educación. Previamente, como introducción a dichas charlas-taller, se ofrecerá material audiovisual (películas, reportajes, documentales,...) que traten sobre el tema que se va a desarrollar para que los alumnos tengan un primer acercamiento al mismo unos días antes. Se expondrá a través de presentaciones audiovisuales el tema en la fecha determinada tras las reuniones previas. En la charla-taller se fomentará la participación activa de los participantes buscando una visión crítica de la información que se trate.

INDICADORES

Se realizarán, previamente a cada charla-taller, encuestas para evaluar el grado de conocimientos /adherencia a buenos hábitos de salud y, finalizando el proyecto, se volverá a evaluar la mejora de conocimientos /aplicación de buenos hábitos con una nueva encuesta. Tras cada charla-taller se repartirá una encuesta de satisfacción para tener una idea del grado de aceptación de cada actividad. Se mantendrá una fluida comunicación con los educadores del centro educativo para tener información de cómo los alumnos valoran las intervenciones del centro de salud y qué inquietudes muestran sobre estos y otros temas de salud en la dinámica diaria del centro educativo.

DURACIÓN

Adaptándonos al calendario escolar y al diseño curricular del centro educativo, el proyecto se realizará durante el primer semestre de 2019. Tres talleres de 90 minutos cada uno de duración aproximadamente, en grupos de hasta 12 participantes.

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 - 2019/0566

1. TÍTULO

PROYECTO DE PÁGINA WEB INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE IGNACIO GARCIA ASCASO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ CAMPOS MONICA
ABAD HERNANDEZ DAVID
PUEYO GASCON DIEGO
RIPA AISA IRANTZU
RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA
DOMINGUEZ GIMENEZ MARIA DELFINA
FERNANDEZ SANCHEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- REUNIÓN CON COORDINACIÓN DEL CENTRO, propuesta de la idea inicial y aprobación de la misma por su parte: 20/09/2018
- CREACIÓN PÁGINA WEB: 01/10/2018
- REUNIÓN INICIAL PROYECTO, desde coordinación ofrecen posibilidad de incluirlo como Proyecto de Mejora del Centro: 16/10/2018
- PERFECCIONAMIENTO Y DISEÑO DE LA PÁGINA: 10/2018-01/2019
- PRIMERA REUNIÓN DEL EQUIPO RESPONSABLE DEL PROYECTO: 07/02/2019
- CONTACTO CON COLEGIO FARMACÉUTICOS con la intención de facilitar a través de la página un enlace que muestre las farmacias de guardia por orden de proximidad al centro: 14/02/2019
- CONTACTO CON DIRECCIÓN DEL SECTOR, aprueban proyecto y facilitan ordenador formateado para servidor de la app "El Guardiero" de farmacias de guardia: 18/02/2019
- ORDENADOR PARA FARMACIAS, acuden a recogerlo para instalar el programa y lo instalan en admisión del centro: 26/02/2019-02/03/2019
- PRESENTACIÓN DEL PROYECTO AL EAP: 24/04/2019
- COMENTAR CON EL EAP, solicitamos la colaboración del resto de compañeros del centro para poder publicar artículos con más frecuencia al contar con mayor ayuda: 19/06/2019
- PRESENTACIÓN A PACIENTES, promoción a través captación pasiva mediante carteles a color facilitados desde dirección del Sector y activa a través de la consulta y las actividades comunitarias en el centro: Inicio en 07/2019
- CONTACTO CON CONSEJO DE SALUD para hacerles conocedores de la página y solicitar su colaboración en la misma: 14/08/2019
- REUNIONES DEL EQUIPO DE TRABAJO, para evaluar resultados hasta entonces y planificar mejoras y posibles temas a añadir: (12/09/2019--17/10/2019--14/11/2019--12/12/2019--16/01/2020)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- INDICADOR 1º (Registro de visitas al blog)

La página web cuenta actualmente con 2194 VISITAS desde su creación, siendo la media mensual de 182 desde que se promocionó a los pacientes. También se creó cuenta en la red social Instagram con el fin de dar mayor visibilidad a la página y promocionar desde allí no sólo los artículos que se fueran añadiendo, sino también todas las actividades comunitarias que se realizan en el centro, contando a día de hoy con 72 SEGUIDORES.

- INDICADOR 2º (Número de propuestas, demandas, comunicaciones por parte de los usuarios)

La página web incluye desde hace no mucho con un buzón de sugerencias a través del cual los usuarios podrán ponerse en contacto con los coordinadores del proyecto para poder resolver dudas o compartir su opinión sobre aspectos en los que podamos mejorar, con el fin de que la comunicación centro-pacientes sea bidireccional. Aunque no hemos recibido comentarios a través de él por ser demasiado reciente, hay 10 USUARIOS QUE HAN CONTACTADO CON NOSOTROS a través de mensajes privados en las redes sociales o de la propia sección de comentarios que incluyen los artículos de la página web.

- INDICADOR 3º (Número de publicaciones y actualizaciones del blog)

Hemos publicado por ahora 19 ARTÍCULOS en la página. Además de haber elaborado una página de presentación del centro incluyendo horario, ubicación y formas de ponerse en contacto; una sección de enlaces de interés entre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0566

1. TÍTULO

PROYECTO DE PÁGINA WEB INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

las que se facilita el acceso a las farmacias de guardia o al portal Cita Previa o una carta de presentación del Consejo de Salud de la zona, con quienes nos pusimos en contacto para solicitar su colaboración. También incluimos un calendario en el que añadimos la fecha y horario de las próximas sesiones.

- INDICADOR 4º (Encuesta de satisfacción en el blog para los usuarios)

El proyecto inicial incluía como marcador de resultados una ENCUESTA DE SATISFACCIÓN que desgraciadamente no se encuentra habilitada a día de hoy. Debido a problemas informáticos, las veces que hemos intentado habilitarla se ha perdido la información recogida y no hemos sabido solucionarlo. Tenemos a una compañera trabajando en ello y esperamos poder solucionarlo definitivamente.

No obstante, algunos pacientes nos han dado su opinión de manera informal, tanto a través de los comentarios anteriormente nombrados como presencialmente durante las actividades comunitarias realizadas, demostrando bastante aceptación de la idea y solicitando, por ejemplo, que incluyéramos en el futuro resúmenes de lo dado en esos talleres para tener la información más accesible.

- INDICADOR 5º (Involucración de los profesionales en el proceso)

El resto de profesionales del centro han ido involucrándose de forma paulatina en el proyecto, colaborando de una u otra forma con la página. Aunque inicialmente la colaboración fue menor de la esperada debido al tiempo extra que requiere el colaborar con la página, poco a poco ha habido compañeros que se han animado a participar redactando artículos que pudiéramos publicar, ofreciéndose a colaborar más activamente (diseñando encuesta, buzón de sugerencias...) o simplemente aportando ideas que podríamos añadir para mejorar la página.

En la reunión en la que se pidió colaboración al resto del personal, un 41,67% de compañeros se mostró interesado en la idea. De entre ellos sólo un 40% ha participado a día de hoy.

Debemos señalar como hecho importante que muchos de los que han colaborado son sustitutos, los cuales no se encuentran en estos porcentajes al no ser miembros de la plantilla del centro y tener una disponibilidad variable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En muchas ocasiones, los inicios siempre son difíciles y esa conclusión es la que mejor puede resumir nuestras impresiones. Si bien es cierto que esperábamos una mayor aceptación ya desde el principio, la realidad es que los pacientes que más acuden al centro y han podido enterarse de la existencia de la página son por lo general mayores, y no están familiarizados con el uso de las nuevas tecnologías. Sin embargo, conforme pasaban los meses hemos podido ver una mejoría en los resultados y una buena aceptación entre las personas que sí han acabado por enterarse y navegar por la página, por lo que creemos que en el futuro, cuando hayamos conseguido que se de a conocer más, la página será una herramienta muy útil que podrá facilitar la difusión de información para una mejor educación para la salud.

Otro de los inconvenientes que tuvimos de primeras fue la falta de participación del resto de compañeros. Para poder colaborar con nosotros debían dedicar un tiempo y esfuerzo extra para poder buscar y redactar la información con la que escribir los distintos artículos que compartimos a través de la página. No obstante, con el tiempo conseguimos que varios compañeros fueran involucrándose más, especialmente los sustitutos (tanto de medicina como de enfermería) que al ser personas más jóvenes se desenvuelven más fácilmente con las herramientas informáticas y les resulta más cómodo escribirnos algún artículo, cosa que el equipo de trabajo agradece al ser un personal no estable en el EAP.

También debemos reconocer los fallos cometidos al ser personal sanitario y no conocer en profundidad la informática necesaria para el mantenimiento de este proyecto. El mayor ejemplo es el nombrado anteriormente de la encuesta de satisfacción, por eso en un futuro deberíamos ampliar la formación de los miembros del equipo para ser más resolutivos ante los problemas surgidos e intentar dejar todo bien planteado y con instrucciones claras si en un futuro esta página web sigue adelante y debemos pasar el testigo a nuevos compañeros que vengan al centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/566 ===== ***

Nº de registro: 0566

Título
PROYECTO DE PAGINA WEB INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Autores:
GARCIA ASCASO IGNACIO, RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA, DOMINGUEZ GIMENEZ MARIA DELFINA, ABAD HERNANDEZ DAVID, FERNANDEZ SANCHEZ CARMEN, LOPEZ CAMPOS MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0566

1. TÍTULO

PROYECTO DE PÁGINA WEB INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda la población de zona de salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Acercamiento a población

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Cada día más el uso de las nuevas tecnologías es una herramienta fundamental para la comunicación e información de la población, especialmente en determinados sectores. "Las actividades comunitarias son aquellas actividades realizadas en un territorio, que están dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social de la población potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas y demandas o necesidades" En el centro de salud Actur Norte siguiendo esta definición queremos promover una actividad que nos permita difundir actividades sanitarias, potenciando la capacidad de las personas para el abordaje de determinados problemas o necesidades. Por otro lado, queremos facilitar la comunicación con los usuarios ante sus demandas de una forma más activa.

Existen más de 50 millones de blogs, no todos con los mismos criterios o con la fiabilidad necesaria, pretendemos aportar un blog dinámico y basado en la evidencia científica que permita a sus usuarios adquirir conocimientos y criterios fiables y de calidad.

Además, queremos que puedan disponer de información actualizada sobre los recursos disponibles en el barrio del Actur y puedan conocer páginas web de interés a través de enlaces directos proporcionados en el blog, como por ejemplo cita previa o información sobre farmacias de guardia más cercanas.

Si es posible no queremos centrarnos sólo en un blog, creando cuentas en distintas redes sociales para dar más visibilidad a la página. Comenzando en la Red de Salud Pública del Gobierno de Aragón, el Nuevo Portal Digital de recursos en educación para la salud... pretendemos sumar nuestra difusión para la población de nuestro Centro de Salud.

POBLACION DIANA:

Todos los usuarios del centro de salud, incluyendo a la población pediátrica a través de sus responsables.

RESULTADOS ESPERADOS

- Dar visibilidad a las actividades del centro.
- Crear un espacio virtual de contacto con la comunidad donde resolver dudas, proponer actividades, exponer necesidades o demandas. Aumentando la confianza de la comunidad en los profesionales del centro.
- Poner a la disposición de la población herramientas para su cuidado.
- Educación para la Salud fuera de la consulta.

MÉTODO

- INFORMACIÓN DEL EQUIPO: Reunión de todo el equipo para explicar el proyecto y buscar apoyos a la hora de introducir secciones o comunicaciones.
- REALIZACIÓN DEL BLOG: Iniciar la creación del Blog desde cero con diversas secciones (Medicina familiar, pediatría, matrona, enfermería, enlaces de interés, comunicación directa con el centro...)
- PROMOCIÓN DEL BLOG: A través de diversas redes sociales, carteles en el centro de salud, asociaciones del barrio, información directa a través de los profesionales...
- ACTUALIZACIÓN DEL BLOG: Añadir periódicamente información de interés, resolución de demandas de los usuarios, promoción de campañas, oferta de actividades/talleres del centro de salud o de otras instituciones del barrio, información sobre patologías prevalentes en cada momento o de elevada incidencia en nuestro área de salud, nuevos enlaces de interés.

INDICADORES

- Registro de visitas al blog.
- Número de propuestas, demandas, comunicaciones por parte de los usuarios.
- Número de publicaciones y actualizaciones del blog.
- Encuesta de satisfacción en el blog para los usuarios:
 - N° de usuarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de encuestas de satisfacción completadas entre los usuarios.
- Involucración de los profesionales en el proceso:
 - N° de profesionales que en la reunión de equipo manifiestan intención de participar en el proyecto x100 / n° de profesionales del centro.
 - N° de profesionales que participan en la realización del blog x 100 /n° de profesionales que mostraron interés en participar en el Blog en la reunión inicial del equipo.

DURACIÓN

- Octubre 2018: Creación de blog.
- Octubre 2018 - Marzo 2019: Perfeccionamiento del blog.
- Febrero 2019: Presentación a la dirección del Sector para su aprobación.
- Febrero 2019: Reunión del equipo responsable de la creación y actualización del blog para establecer criterios de publicación y línea editorial del blog.
- Febrero 2019: Nos ponemos en contacto con Dirección y nos facilitan ordenador para generar link a farmacias de guardia más cercanas proporcionado por el Colegio de farmacéuticos.
- Febrero - Marzo 2019: Reunión de equipo para dar a conocer el blog.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0566

1. TÍTULO

PROYECTO DE PÁGINA WEB INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

- Marzo 2019: Comienzo de difusión activa del blog a la población.
- Junio 2019: Primera evaluación del blog para encontrar áreas de mejora.
- Noviembre- Diciembre 2019: Evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0896

1. TÍTULO

¡NUNCA ES TARDE PARA APRENDER RCP! SALVEMOS VIDAS JUNTOS!

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE SOFIA MARCO GARCIA-REOL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REINAO CEGOÑINO HECTOR
SANZ CASORRAN BELEN
MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA
GARCIA ASCASO IGNACIO
VILLUENDAS SOLSONA CARLOS
GARCIA ARENAZ DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El calendario presentado inicialmente se postpuso por cambios de personal en el centro de salud y periodo estival.

El calendario preparatorio fue el siguiente:

24/04/2019: se comunica al equipo del centro de salud la realización de un taller de RCP.

08/11/2019: se convocó una reunión extraordinaria para ofrecerse voluntarios para la colaboración en dicho taller y decidir la fecha del taller.

Calendario de talleres:

El número total de talleres ha sido de dos. Se programó un taller para el 3 de diciembre, pero dada la alta de demanda se realizaron dos talleres el mismo día, uno por la mañana y otro por la tarde. La duración de ambos fue de dos horas, en vez de la hora planteada inicialmente. La primera parte del taller se dedicó a la parte teórica y luego se sucedieron los tres talleres prácticos en las estaciones de RCP adultos, RCP pediatría y atragantamientos y situaciones especiales.

Recursos empleados:

MATERIALES: sala polivalente centro de salud, cañón, ordenador, nueve esterillas, seis muñecos de práctica RCP (adultos y pediatría), gasas no estériles y alcohol.

Formularios pre-post y formulario de satisfacción.

Se realizó una presentación en powerpoint específica para los talleres con contenidos específicos para el taller.

PERSONALES: 9-12 profesionales por sesión (parte teórica + rcp adultos + rcp pediatría + situaciones especiales)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores de estructura:

Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / no de profesionales. Estándar 80%. $4 \times 100 / 12 = 116\%$

Indicadores de proceso:

Nº de grupos realizados en el año x 100 / no de grupos previstos en el año. Estándar 50%.

$(2 \times 100) / 4 = 50\%$

Nº de asistentes que acuden a las sesiones programadas x 100 / no de inscritos.

Número de asistentes (48 personas) / Número de personas inscritas (58) x 100=82,75%.

Indicadores de resultado:

Nº de asistentes en los que la satisfacción general con el Programa es de 9-10.

El Número de asistentes que han calificado el taller de rcp como un 9 ó 10 es el 100%

Nº de cuestionarios de "Adquisición de Conocimientos de SVB" con puntuación igual o superior al 60% de aciertos. Estándar 80%. Resultado 100%.

Se realizó un cuestionario de conocimientos de SVB antes de realizar el taller dando como resultado que más del 60% de los asistentes no obtuvo una puntuación de 6 ó superior. Posteriormente tras realizar el taller se llevó a cabo el mismo cuestionario dando como resultados que el 100% de los asistentes superó la puntuación igual o superior al 60% de aciertos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado en cuanto a consecución de objetivos es bueno, ya que se ha cumplido con el 80% de los estándares, incluso alguno se ha superado.

La satisfacción de los profesionales se manifestó en las reuniones posteriores a las sesiones.

Por parte de los pacientes receptores del taller, los comentarios más repetidos fueron "ha sido un taller muy práctico y ameno" "un tema de interés general" "ojalá se hicieran más talleres similares". Tras terminar los talleres, verbalmente comentaron que les había gustado mucho y que querían más sesiones.

Por el contrario reclamaron alguna documentación básica tipo díptico para facilitar la adquisición de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0896

1. TÍTULO

¡NUNCA ES TARDE PARA APRENDER RCP! SALVEMOS VIDAS JUNTOS!

conocimientos y alargar el tiempo de las sesiones.

Una buena estrategia fue hacer los dos talleres el mismo día en horarios distintos, ya que así la organización fue más sencilla.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/896 ===== ***

Nº de registro: 0896

Título
¡NUNCA ES TARDE PARA APRENDER RCP! SALVEMOS VIDAS JUNTOS

Autores:
MARCO GARCIA-REOL SOFIA, SANZ CASORRAN BELEN, MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA, GARCIA ASCASO IGNACIO, REINAO CEGOÑINO HECTOR, VILLUENDAS SOLSONA CARLOS, GARCIA ARENAZ DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La parada cardíaca es una de las principales causas de muerte súbita. En España se producen unas 30.000 paradas cardíacas al año. Actualmente la tasa de supervivencia es de entre el 5 y el 10%, cifra que se podría aumentar, si toda la población fuera capaz de saber actuar ante una situación de tal magnitud. Cada vez más trabajadores de establecimientos públicos, fuerzas de seguridad del estado y hasta niños, son conocedores y capaces de realizar técnicas de reanimación cardiopulmonar. Dada esta situación, se ve la necesidad de formar al mayor número posible de personas en la realización de estas técnicas para poder mejorar la actual tasa de supervivencia.

RESULTADOS ESPERADOS
PRINCIPAL: Enseñar a los asistentes las nociones básicas de RCP.
SECUNDARIOS:
Concienciar a la población de la necesidad de conocer estas prácticas.
Aumentar los conocimientos sobre el manejo de DESA.
Promocionar las actividades comunitarias.

MÉTODO
Se realizarán talleres bimensuales de 60 mins de duración. Los primeros 20 minutos de sesión serán teóricos y se explicarán conceptos de RCP adulto e infantil, atragantamiento y otras situaciones de emergencia. Los 40 minutos restantes se destinarán a la práctica de las técnicas explicadas previamente.

INDICADORES
Fuentes de datos: Formulario de Registro de Actividades (una por sesión). Al inicio se pasará el cuestionario de "conocimientos SVB" y finalizar la sesión se pasarán dos formularios: el mismo que al inicio "conocimientos SVB" y otro "Cuestionario de Evaluación de Satisfacción".
Indicadores de estructura:
Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales. Estándar 80%
Indicadores de proceso:
Nº de grupos realizados en el año x 100 / nº de grupos previstos en el año. Estándar 50%.
Nº de asistentes que acuden a las sesiones programadas x 100 / nº de inscritos. Estándar 80%.
Indicadores de resultado:
Nº de asistentes en los que la satisfacción general con el Programa es de 4-5. Estándar 80%.
Nº de cuestionarios de "Adquisición de Conocimientos de SVB" con puntuación igual o superior al 60% de aciertos. Estándar 80%.

DURACIÓN
Desarrollo del proceso según el siguiente cronograma previsto:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0896

1. TÍTULO

¡NUNCA ES TARDE PARA APRENDER RCP! SALVEMOS VIDAS JUNTOS!

8 abril: reunión de los miembros participantes en el proyecto, preparación presentación al EAP y distribución tareas. Desarrollo de Calendario.
17 abril: sesión de presentación al EAP por parte de los participantes del grupo.
Inicio talleres junio 2019 y los siguientes se realizarán a meses alternos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1042

1. TÍTULO

ACTIVOS COMUNITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA LOPEZ CAMPOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUIG GARCIA CARMEN
VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN
FERNANDEZ SANCHEZ CARMEN
RODRIGO PABLO MARIA JESUS
VALER MARTINEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CRONOGRAMA Y ACTIVIDADES REALIZADAS

1. Constitución de equipo responsable de proyecto dentro del EAP (5 de febrero 2019)
2. Presentación del proyecto y formación al resto de miembros del EAP (24 de abril 2019)
3. Reuniones con los responsables de los activos externos que incluimos en el proyecto (Directora del Centro de Mayores y responsables del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS)).
4. Desarrollo del programa en el centro (abril a diciembre 2019) con reuniones trimestrales del grupo de trabajo.
5. Dos personas del equipo de mejora imparten curso sobre Agenda comunitaria y Activos comunitarios a profesionales de distintos centros de salud del Sector I (5 de junio de 2019). Se remarcó como utilizar la nueva herramienta de OMI.
6. Recordatorio del proyecto al equipo del centro (19 de junio de 2019)
7. Difusión del taller de niño asmático a otros centros de salud (septiembre 2019)
8. Revisión de proyectos en el equipo (27 de septiembre de 2019)
9. Difusión a todos los coordinadores de EAPs y responsables de enfermería para el taller de cuidadores del sector (3 de diciembre de 2019)
10. Reunión del equipo de trabajo para la evaluación del proyecto (18 de diciembre de 2019)
11. Presentación de resultados al resto del EAP (Prevista en febrero 2020)

Durante el desarrollo del proyecto, algunos de los componentes del grupo han seguido ampliando su formación con cursos sobre Proyectos comunitarios como formador de formadores agenda y recomendación comunitaria (mayo 2019). Curso de Activos para la Salud y estrategia de Atención Comunitaria (mayo 2019). Promoción de la Salud en la Escuela (noviembre 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto pretendía comenzar en el centro de salud Actur Norte la recomendación de activos comunitarios para fortalecer la habilidad de las personas para mantener o mejorar la salud en el ámbito de las personas mayores, cuidadores de enfermos crónicos y familias con niños asmáticos.
Son 9 los pacientes que durante este año se ha realizado la recomendación de un activo vía OMI con el procedimiento estándar preparado para la derivación. Hemos mejorado el acceso de la población diana a los recursos ofertados con un gran grado de satisfacción de los usuarios, pero con poco alcance por el momento. Hemos conseguido los objetivos de los proyectos como activos comunitarios para nuestro centro.
En el objetivo de incorporar al equipo de atención primaria en la actividad comunitaria del centro, en los 9 pacientes encontramos 5 CIAS distintos de los 11 médicos del centro.
En las distintas reuniones con el equipo hubo compañeros que empezaron a mostrar interés sobre este tipo de actividades al ver la protocolización realizada en OMI y el apoyo creciente en este tipo de iniciativas por parte del equipo y de la dirección. En estas reuniones pudimos difundir los activos del centro de salud, así mismo enviamos documentación escrita de los mismos a los distintos centros de salud cercanos para dar promoción a los activos.
Para llevar el proyecto inicialmente se realizó una sesión en el equipo para facilitar el conocimiento del grupo que existía de Atención Comunitaria en el centro por si alguien quería incorporarse.
Se realizaron posteriormente varias sesiones para coordinar por parte del grupo la decisión de decidir que 3 activos se iban a recomendar en el Actur Norte a lo largo del año 2019, finalmente el grupo decidió aumentar el número de activos a 5:
- Taller del niño asmático
- Taller del cuidador
- Centro de Mayores Río Ebro
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS)
- Servicio de Promoción de la Autonomía Personal PAP Hogar de Mayores de Balsas.

Una vez decididos se comenzó a la difusión en todos los profesionales del centro de la dinámica de recomendación de activos de comunitaria, incluyendo la formación de los mismos en OMI. Por otra parte, comenzamos la difusión en los Centros de Salud próximos a nuestra zona de los talleres que se llevan a cabo en nuestro Centro, enviando información escrita sobre los mismos.
En la evaluación del proyecto hemos contactado con Informática del sector para obtener los datos de los pacientes introducidos en OMI con una recomendación, evaluando que todos los pacientes del proyecto Niños Asmático no fueron introducidos por esta vía ya que fueron captados previamente, hecho a mejorar en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1042

1. TÍTULO

ACTIVOS COMUNITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

próximo proyecto. No se completaron correctamente los cuestionarios preintervención y postintervención en los profesionales del centro, pero sí que se evaluó la satisfacción de 6 de los usuarios participantes de forma muy positiva.

El resultado de los indicadores analizados:

- N° de usuarios de la ZBS captados en el año 2019 x 100 / n° de usuarios de la ZBS previstos captar en el año 2019 = 40.9%
 - N° de profesionales que aceptan participar en el proyecto en el año 2019 x 100 / n° de profesionales previstos captar en el año académico = 55.5%
 - N° de pacientes que participan en el activo recomendado x 100 / n° de pacientes a los que se les ha hecho una recomendación activa= No analizable al no tener la respuesta de los activos sobre participación.
- Indicadores de resultado:
- N° de profesionales en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de encuestas de satisfacción en las profesionales completadas = 100%
 - N° de sanitarios que acceden a participar en el proyecto x 100 / n° sanitarios del centro = 100%
 - N° de centros de salud que acceden a participar en la recomendación de los talleres realizados en Actur Norte/ n° de centros de salud visitados para la difusión de los talleres = 0% (Pese a la difusión ningún otro centro ha enviado pacientes)
 - N° de pacientes de otras áreas de salud que acuden al Actur Norte para la realización de los talleres/ n° de pacientes derivados al centro desde otros centros de salud = 0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pese al entusiasmo y ganas de trabajar el equipo de comunitaria del centro hemos tenido dificultades a la hora de obtener colaboración por los distintos profesionales del centro para la recomendación de los activos. Y ningún profesional de otros centros derivó pacientes a nuestros activos por lo que es un punto a seguir trabajando en el futuro.

Uno de los activos más recomendados es el Taller del niño asmático, pero en este año no han sido introducidos los niños en este protocolo por haber sufrido una captación previa por lo que no han podido ser evaluados. Estamos seguros de que con formación y difusión, los distintos activos puede ser una herramienta muy útil en los centros de salud, aunque hay que seguir motivando a los compañeros para la realización de recomendaciones comunitarias de forma activa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1042 ===== ***

N° de registro: 1042

Título
ACTIVOS COMUNITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Autores:
LOPEZ CAMPOS MONICA, PUIG GARCIA CARMEN, VIÑAS VIAMONTE CARMEN, FERNANDEZ SANCHEZ CARMEN, RODRIGO PABLO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Activos de salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Un activo para la salud se puede definir como "Cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud" (Morgan y Ziglio, 2007).

Estos recursos presentes en la comunidad pueden actuar a nivel individual, familiar y/o comunitario y tienen como denominador común la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas para mantener o mejorar la salud física-psíquica y/o social.

En atención primaria en las consultas se puede hacer un abordaje biopsicosocial contextualizado incorporando la perspectiva de equidad y la recomendación individual de activos comunitarios.

Así pues, los activos para la salud pueden servirnos para reorientar nuestra práctica profesional en todos los niveles de actuación del centro de salud: consultas individuales, forma de prestar el servicio sanitario,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1042

1. TÍTULO

ACTIVOS COMUNITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

grupos de educación para la salud o proyectos de salud comunitaria en los que participemos.

RESULTADOS ESPERADOS

PRINCIPAL: Fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud en el ámbito de las personas mayores, cuidadores de enfermos crónicos y familias con niños asmáticos.

SECUNDARIOS

- Mejorar el acceso de la población diana a los recursos ofertados.
- Obtener un alto grado de satisfacción en los usuarios.
- Conseguir los objetivos propios de los proyectos referidos como activos comunitarios para nuestro centro.
- Incorporar al equipo de atención primaria en la actividad comunitaria.
- Mejorar la satisfacción del personal del centro en relación a las actividades comunitarias.
- Difundir los activos que se llevan a cabo en nuestro centro a otros centros sanitarios.

POBLACIÓN DIANA

Pacientes entre 0 y 14 años, los pacientes jubilados y los cuidadores de enfermos crónicos

MÉTODO

- Medios informáticos para la difusión de los activos en nuestro centro y en otros centros.
 - Utilización del OMI para la recomendación activa de los activos.
- Utilizando estos medios el proyecto consistirá en:
- La definición de los 3 activos que vamos a recomendar en el Actur Norte a lo largo del año 2019.
 - o Taller del niño asmático
 - o Taller del cuidador
 - o Centro de Mayores Río Ebro.
 - La difusión en todos los profesionales del centro de la dinámica de recomendación de activos de comunitaria, incluyendo la formación de los mismos en OMI.
 - La difusión en los Centros de Salud próximos a nuestra zona de los talleres que se llevan a cabo en nuestro Centro. (Que ya han sido previamente actualizados en el mapa de activos).
 - Evaluaciones de la realización correcta del proyecto.

INDICADORES

La evaluación será realizada por el grupo de profesionales que participan en el proyecto. Para realizarla se obtendrán los datos de:

- Registro de usuarios introducidos en OMI que hayan recibido una recomendación
- Cuestionarios preintervención y postintervención de los profesionales
- Evaluación de la satisfacción de los usuarios que hayan participado.

Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- Indicadores de proceso:
 - N° de usuarios de la ZBS captados en el año 2019 x 100 / n° de usuarios de la ZBS previstos captar en 2019
 - N° de profesionales que aceptan participar en el proyecto en el año 2019 x 100 / n° de profesionales previstos captar en el año académico
 - N° de pacientes que participan en el activo recomendado x 100 / n° de pacientes a los que se les ha hecho una recomendación activa
- Indicadores de resultado:
 - N° de test preprueba aprobados (> 5/10)/ n° de test preprueba realizados.
 - N° de test postprueba aprobados (> 5/10)/ n° de test postprueba realizados.
 - N° de profesionales en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de encuestas de satisfacción en los profesionales completadas.
 - N° de sanitarios que acceden a participar en el proyecto x 100 / n° sanitarios.
 - N° de centros de salud que acceden a participar en la recomendación de los talleres realizados en Actur Norte/ n° de centros de salud visitados para la difusión de los talleres.
 - N° de pacientes de otras áreas de salud que acuden al Actur Norte para la realización de los talleres/ n° de pacientes derivados al centro desde otros centros de salud.

DURACIÓN

1. Constitución de equipo responsable de proyecto dentro del EAP (Febrero 2019)
2. Presentación del proyecto y formación al resto de miembros del EAP (27 de Febrero 2019)
3. Contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros interesados en el programa (Marzo 2019)
5. Desarrollo del programa en el centro (Marzo a Diciembre 2019)
6. Reunión del equipo de trabajo para la evaluación del proyecto (junio y diciembre 2019)
7. Presentación de resultados al resto del EAP (Febrero 2020)

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 - 2019/1042

1. TÍTULO

ACTIVOS COMUNITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1065

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO(PCC) EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE BEGOÑA ABADIA TAIRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA OLIVAN MARIA
DELER PASCUAL ANA ISABEL
ABAD HERNANDEZ DAVID
HERNANDEZ MORENO ANA CONSUELO
FERRER CAMEO ANTONIO
IBÁÑEZ CUBERO ELVIRA
SAURA CAMPOS ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PRIMERA FASE: FEBRERO/ MAYO 2109

- 1) Participación de dos cupos (uno de horario mañana y otro de tarde) en el proyecto Chrodís-Plus: "Multimorbilidad y polimedición :mejora de la prescripción en Atención Primaria. Actividad financiada por el FIS" Instituto de salud Carlos III, cofinanciado con fondos Feder)
- 2) Realización del curso online "la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Multimorbilidad de Chrodís+ " en la plataforma MultiPAP.
- 3) 14/02/2019 Reunión de enfermería en el Centro de salud Actur Norte con la presentación del proyecto de mejora PCC
- 4) 29/04/2019 Sesión plenaria realizada en el Centro de salud Actur Norte con la presentación del proyecto PCC
- 5) Cuatro talleres multidisciplinares de Formación :
 - a) 24/01/2019 "Correcto Registro en OMI :Indicadores y manejo en PCC"
 - b) 14/02/2019 "Cuadro de mandos de Crónicos "
 - c) 28/03/2019 "PCC y formas de Actuación en AP "
 - d) 30/05/2019 "Recordatorio proyecto de mejora PCC "

Previo a la realización de los talleres se ha entregado el material para poder tener un mejor aprovechamiento de las mismas y al finalizar recogida de un cuestionario sobre dudas y sugerencias.

6) MAYO 2019 dos reuniones sobre la implantación y desarrollo del proyecto Chrodís-Plus en el Centro de Salud Actur Norte .Una con representantes del departamento del Salud y 19/06/2019 con investigadores del ISCIII para valoración y seguimiento de nuestra implementación del PCC en Omi-AP. A destacar el agradecimiento por parte de ellos "...vuestra excelente labor..."

SEGUNDA Fase: junio 2019 -diciembre 2020:

- 1) 19/06/2019 Sesión plenaria realizada en el Centro de salud Actur Norte con la presentación de la evolución proyecto PCC
- 2) 20/06/2019 Sesión Clínica Sobre PCC y Activos Comunitarios incluido en el plan de Sesiones del Centro de Salud Actur Norte
- 3) Comenzamos 3 reuniones multidisciplinares, en Mayo, Junio, y Noviembre sobre el diagnóstico y manejo del PCC alternados con exposiciones de casos clínicos. Hay que tener en cuenta que a pesar de haber habido un proceso de traslado la respuesta del centro ha sido buena
- 4) 26/09/2019 Sesión plenaria realizada en el Centro de salud Actur Norte con la presentación de la evolución proyecto PCC
- 5) Dos talleres de cuidadores: 10/12/19 y 17/12/2019 en estas sesiones se invitaron a trabajadores e nuestras residencias
- 6) 19/12/2019 Reunión de enfermería en el Centro de salud Actur Norte con la presentación del proyecto de mejora PCC

TERCERA FASE Enero - 2020:

- 1) 3 talleres de cuidadores :08/01/2020;14/01/2020 y 21/01/2020 en estas sesiones se invitaron a trabajadores e nuestras residencias
- 2) 2ª quincena de enero continuamos con las acciones de implantación del proyecto Chrodís-Plus realizando el cuestionario PACIC, orientado a la satisfacción de los pacientes.
- 3) Recogida de datos en OMI/AP a través e la gerencia el sector
% de pacientes PCC a lo largo de 2019 (Explotación de datos/ codificación en OMI/AP.)
% de pacientes PCC que se les ha hecho una intervención (Explotación de datos/ codificación en OMI/AP.),
A destacar en la evaluación:
100%-90% sesiones clínicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas :Más del 100% de las propuestas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre nuestros objetivos

- 1.-Mejorar el registro en OMI, en el Paciente Crónico Complejo(PCC) (si no se hace correctamente no se contabiliza)
- 2.- Mejorar la capacidad organizativa del PCC
- 3.-Mejorar la seguridad del PCC

Los indicadores utilizados han demostrado que hemos superado nuestras expectativas

- a) % de pacientes PCC a lo largo de 2019 (Explotación de datos/ codificación en OMI/AP.) un 28,7%
- b) % de pacientes PCC que se les ha hecho una intervención (Explotación de datos/ codificación en OMI/AP.):

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1065

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO(PCC) EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

un 20,5%

A destacar en la evaluación:

c) 100%-90% sesiones clínicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas : Como actividades se han realizado 3 sesiones plenarias,9 talleres: (4 talleres multidisciplinares para el equipo y 5 para cuidadores), y 3 reuniones de Mayo-Noviembre UN TOTAL DE 15 REUNIONES superando las expectativas a decir más del 100% de las propuestas(7 propuestas) : 214% realizadas .

NO hemos tenido en cuenta aquellas en las que estaban implicado el proyecto Chrodis-Plus o sólo estaba presente el equipo de enfermería

Hay que tener en cuenta que a pesar de haber habido en el equipo una jubilación y traslados de enfermería y medicina la respuesta del centro ha sido muy buena

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La satisfacción personal en una mejora continua de nuestra formación en un ámbito de la Medicina de Primaria ha resultado satisfactoria para el Personal Sanitario.

Hemos detectado gracias al aprovechamiento de los talleres y casos clínicos trabajados la existencia de falta de codificación correcta del Paciente Crónico Complejo(PCC) y su intervención en el Omi-ap (se realizaba en ocasiones sólo el registro a nivel de apuntes); La ausencia de la utilización del código PCC para el seguimiento; y el desánimo por parte de los profesionales sanitarios ante la falta de tiempo para la intervención

Pensamos que nos queda mucho terreno aún por explorar y mejorar en el manejo del PCC .ES necesario el apoyo concreto tanto del Equipo de EAP como desde la Dirección de Atención Primaria. Tenemos en el horizonte cercano la participación por parte de dos médicos del Equipo en "el ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO POR CONGLOMERADOS MULTIPAP PLUS en ancianos jóvenes con multimorbilidad y polimedicación para mejorar la prescripción en Atención Primaria " PROYECTO FIS DEL INSTITUTO CARLOS III.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1065 ===== ***

Nº de registro: 1065

Título
MEJORA EN LA INTERVENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

Autores:
ABADIA TAIRA BEGOÑA, SAURA CAMPOS ASCENSION, LOZANO ENGUITA ELOISA, ABAD HERNANDEZ DAVID, DE PEDRO PICAZO BELEN, FERRER CAMEO ANTONIO, HERNANDEZ MORENO ANA CONSUELO, DELER PASCUAL ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PCC MULTIMORBILIDAD
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: SEGURIDAD EN EL MANEJO DEL PCC

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La esperanza de vida en los países desarrollados alcanza ya los 80 años y cada vez son más las personas que conviven con diversas enfermedades crónicas y tratamientos farmacológicos complejos.

La multimorbilidad, es decir, la coexistencia de diversas enfermedades crónicas en un mismo individuo puede considerarse hoy la forma más frecuente de presentación de enfermedades crónicas. Este problema está presente en la gran mayoría de la población anciana, en aproximadamente la mitad de los adultos, y en uno de cada diez jóvenes. La multimorbilidad tiene múltiples consecuencias negativas para la salud de los pacientes y para los propios sistemas sanitarios. Entre ellas se han descrito la disminución de la calidad de vida y de la capacidad funcional, el incremento de interacciones y reacciones adversas a medicamentos y el uso inadecuado de servicios y recursos sanitarios, costes de la atención y mortalidad. Estos resultados negativos son, en buena parte, atribuibles al modelo de atención sanitaria actual, organizado y diseñado esencialmente para pacientes con enfermedades aisladas, a la insuficiente formación de los profesionales para atender esta realidad y a la escasez de evidencia científica al respecto.

Por ejemplo, sabemos que cuando se cumplen estrictamente las recomendaciones de las distintas Guías de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1065

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO(PCC) EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

Práctica Clínica (GPC) en un mismo paciente, aumenta considerablemente la probabilidad de polimedicación. Para cumplir con los objetivos del Programa de Atención al Paciente Crónico Complejo (PCC) los profesionales sanitarios y en especial los de A.P., debemos en nuestra práctica habitual en estos pacientes tan vulnerables, ofrecer que la información fluya para conseguir ofertar una asistencia de calidad y centrada en el paciente. En nuestro centro de Salud se han detectado valores bajos en el registro del Paciente Crónico Complejo y en menor medida, en la intervención sobre el mismo. Por lo tanto, vemos una oportunidad para mejorar y ampliar la formación de los profesionales del Equipo en este campo

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.-Mejorar el registro en OMI, en el Paciente Crónico Complejo(PCC) (si no se hace correctamente no se contabiliza)
- 2.- Mejorar la capacidad organizativa del PCC
- 3.-Mejorar la seguridad del PCC

MÉTODO

- 1.- Sesión clínica plenaria en el Centro de Salud para la presentación del proyecto de mejora PCC
- 2.- Sesión clínica para mejorar el registro correcto de OMI-AP en detección e intervención en PCC
- 3.- Taller de revisión del manejo del Cuadro de Mandos de Crónicos
- 4.-Formación multidisciplinar a través de talleres periódicos trimestrales en PCC incluidos en la Formación del Centro de Salud a lo largo del año 2019
- 5.- Exposición de casos clínicos concretos bimensualmente

INDICADORES

- % de pacientes PCC a lo largo de 2019 (Explotación de datos/ codificación en OMI/AP.)
- % de pacientes PCC que se les ha hecho una intervención (Explotación de datos/ codificación en OMI/AP.)

A destacar en la evaluación:

100%-90% sesiones clínicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas

DURACIÓN

- 2019-Mayo 2019: Tres sesiones: Una presentación del proyecto al equipo y otra sobre el correcto registro de PCC en OMI -AP y otra para revisar el manejo del Cuadro de mandos de Crónicos
- Junio 2019-noviembre 2019: Talleres de Formación trimestrales en PCC y exposición de casos
- Diciembre de 2018: Recogida de datos en OMI/AP y % de sesiones realizadas respecto a las propuestas
- Enero 2019- Evaluación de resultados
- Febrero 2019: Presentación de los resultados al EAP

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 - 2019/1084

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CAPTACION DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA GARRALON ORTEGA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA MOLINA MARIA JOSE
RODRIGO PABLO MARIA JESUS
DE ECHAVE ESTEBAN ANGELES
FERRER CAMEO ANTONIO
CLARACO MARIEL SILVIA
LEZCANO URIEL JUDITH
MORTE TRAIN YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Sesión clínica en el EAP para presentar el proyecto. FEBRERO 2019
- Identificación de los pacientes a los que no fueron entregadas sus cartas. ABRIL 2019
- Se comunica al Equipo el desarrollo de proyecto y las distintas actuaciones que se van a llevar a cabo.

MAYO 2019

- Cuantificación del número de pacientes totales que están dentro del programa. ABRIL 2019
- Llamada activa desde el servicio de admisión del centro y localización de pacientes por vía telefónica. Si el teléfono tenía grabación de mensaje, se le dejaba un audio indicando que se pusiera en contacto con el centro de salud. Si no se podía localizar, se ponía un "flash administrativo" para que cualquier persona del EAP pudiera avisarle en caso de acudir al centro. ABRIL- MAYO 2019
- Sesión clínica en el EAP para presentar evolución de los proyectos de mejora. JUNIO 2019
- Reunión de equipo y presentación de seguimiento. SEPTIEMBRE 2019.
- Identificar a los pacientes que en la primera llamada activa no pudimos localizar e intentar contactar con ellos de nuevo. Esta labor fue realizada conjuntamente por DUEs y administrativos del equipo de mejora.

DICIEMBRE 2019-ENERO 2020. En esta revisión, todavía se han localizado: 2 personas que tenían interés en realizar los controles CCCR, una que indica su negativa al cribado y otra persona que se lo pensará.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de pacientes avisados por carta:
El Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón, puso en marcha el Programa de detección precoz del cáncer de colon y recto en el C.S. Actur Norte, enviando cartas nominativas entre el 26/10/2018 y el 18/01/2019 a un total de 2494 pacientes.
- N° de pacientes que su carta fue devuelta:
Con fecha 25/03/2019, desde la unidad de control PDPCCR-Aragón, remitieron al servicio de admisión del centro un informe detallado de pacientes a los que se les había enviado carta de invitación para participar en el programa de cribado y dicha carta había sido devuelta. El N° de pacientes que su carta fue devuelta fue de 31.
- % de pacientes que la carta no fue recibida: n° de pacientes que su carta fue devuelta / n° pacientes avisados por carta x 100
Según los datos recogidos supone: 31/ 2494 x100= 1.24%
- % de pacientes que se les pudo localizar vía telefónica: n° de pacientes que se les contactó vía telefónica / n° de pacientes que su carta fue devuelta x100:
Después de todos los intentos realizados, se ha contactado con 12 usuarios. Esto supone: 12/31x100= 38.71%
- % de pacientes que acudieron al centro de salud para realizarse la prueba de SOH tras contactar con ellos: n° de pacientes que acudieron al centro para realizarse la prueba / n° de pacientes que se contactó vía telefónica x100.
Resultado: 10/12x100= 83.33 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la importancia que tiene la detección precoz del cáncer colorrectal en la población comprendida entre los x años y x años, creemos que hemos obtenido unos buenos resultados en los porcentajes de pacientes que finalmente fueron captados tras su búsqueda activa, quedando solo sin localizar la mitad de pacientes y de los captados solo 3 no se realizaron la prueba. De esta manera, hemos conseguido descartar la enfermedad y si la hubiese, poder actuar de una manera mas rápida y eficaz a un mayor número de pacientes que de otra manera se hubieran perdido. El fallo del sistema es tener actualizado los datos de los pacientes para una correcta campaña y poder acceder a todos ellos sin que por este motivo se vean excluidos. Proponemos como idea para futuros proyectos el poder analizar los porcentajes de pacientes cuyo resultado en la prueba fue positivo y se halló patologías precancerosas relevantes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1084

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CAPTACION DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1084 ===== ***

Nº de registro: 1084

Título
MEJORA DE LA CAPTACION DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DEL CANCER COLORRECTAL EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Autores:
GARRALON ORTEGA CRISTINA, GRACIA MOLINA MARIA JOSE, RODRIGO PABLO MARIA JESUS, DE ECHAVE ESTEBAN ANGELES, FERRER CAMEO ANTONIO, CLARACO MARIEL SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dada la importancia que tiene la detección precoz del cáncer colorrectal se activó un protocolo para la realización de un cribado mediante una prueba de sangre oculta en heces (SOH) en pacientes con edades comprendidas entre los 60 y 69 años. Para la captación de estos pacientes se envió una carta a su domicilio desde servicios centrales. Pero hubo pacientes que estando dentro del programa no se pudo localizar mediante carta, ya que fueron devueltas por diversas razones. Desde servicios centrales nos mandaron el listado de estos pacientes a los que buscamos activamente mediante llamada telefónica desde el centro de admisión de nuestro centro de salud Actur Norte.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Captación de estos pacientes a los que no se pudo localizar por carta y ofrecerles la posibilidad de entrar en el programa.
2. Mejorar la captación de pacientes en programas de salud.
3. Llegar a la máxima población posible.
4. Cuantificar la captación de los pacientes que tras esta mejora han acudido al centro de salud a realizar la prueba de SOH.

MÉTODO

- Identificación de los pacientes a los que no fueron entregadas sus cartas.
- Cuantificación del número de pacientes totales que están dentro del programa.
- Llamada activa desde el centro de admisión y localización de pacientes por vía telefónica.
- Sesión clínica en el EAP para presentar el proyecto.
- Identificar a los pacientes que en la primera llamada activa no pudimos localizar e intentar localizarlos de nuevo.
- Evaluación de resultados.

INDICADORES

- Número de pacientes que se les avisó por carta.
- Número de pacientes que su carta fue devuelta.
- Porcentaje de pacientes que la carta no fue enviada.
- Porcentaje de pacientes que se les pudo localizar vía telefónica.
- Porcentaje de pacientes que acudieron al centro para realizarse la prueba de SOH tras contactar con ellos.

DURACIÓN

- Identificación de los pacientes a los que no fueron entregadas sus cartas. (ABRIL 2019)
- Cuantificación del número de pacientes totales que están dentro del programa. (ABRIL 2019)
- Llamada activa desde el centro de admisión y localización de pacientes por vía telefónica. (ABRIL-MAYO 2019)
- Sesión clínica en el EAP para presentar el proyecto. (MAYO 2019)
- Identificar a los pacientes que en la primera llamada activa no pudimos localizar e intentar localizarlos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1084

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CAPTACION DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

de nuevo. (SEPTIEMBRE 2019)
- Evaluación de resultados. (DICIEMBRE 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1414

1. TÍTULO

TENGO DIABETES TIPO 2, ¿QUE PUEDO HACER PARA CUIDARME?. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN GRUPAL

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA CLARES PUNCEL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARRALON ORTEGA CRISTINA
ABAD HERNANDEZ DAVID
SALAS SIMON AMPARO
SANZ CASORRAN BELEN
REINAO CEGOÑINO HECTOR
DELER PASCUAL ANA ISABEL
MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2019 se realizó un ciclo completo del programa de acuerdo al siguiente cronograma:
-Enero-Marzo: Formación de un núcleo multidisciplinar estable responsable del proyecto dentro del EAP. Este equipo se reunió periódicamente cada mes y medio o según necesidad. En marzo se comunicó y presentó al resto del EAP.
-Abril-Junio: Preparación de los talleres: distribución de las tareas y proyectos. La administrativa del equipo preparó todos los formularios necesarios para el programa y el resto del equipo elaboró el material necesario para las sesiones (powerpoint, material didáctico de apoyo etc.)
-Julio-Septiembre: Captación de pacientes. La captación se realizó de manera activa por el EAP (Medicina / Enfermería) con citación en agenda específica ("Salas - grupo DIABETES") o en el Servicio de Admisión con P-10. Para el registro de los pacientes captados se emplearon los formularios de "COMPROMISO DE ASISTENCIA" cumplimentados conjuntamente entre el paciente y el profesional. Se captaron entre dos y cuatro pacientes de cada cupo.
-Octubre-Diciembre: Desarrollo del programa: cuatro sesiones grupales de una hora y media de duración los miércoles de noviembre de 15:30 a 17:00. La intervención fue registrada en OMI-AP como actividad de enfermería en cada uno de los pacientes que participaron en el grupo mediante el campo de educación grupal. Al finalizar el ciclo, el equipo de trabajo se reunió para evaluar el grupo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las fuentes de datos para realizar la evaluación fueron:

Fichas de "Registro de Actividades" de cada sesión
"Cuestionario de Evaluación de Satisfacción", al finalizar el ciclo
"Cuestionario ECODI modificado", pre y postintervención
Hoja excell de registro de datos clínicos de los participantes
Se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores:

Indicadores de estructura:

Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos:90% (estándar 80%)

Indicadores de proceso:

Nº de participantes captados en el año x 100 / nº de participantes previstos captar en el año:100% (estándar 50%)

Nº de grupos realizados en el año x 100 / nº de grupos previstos en el año:100% (estándar 50%)

Nº de participantes que acuden al 80% de las sesiones grupales programadas x 100 / nº de participantes incluidos en el grupo:100% (estándar 100%)

Indicadores de resultado:

Nº de participantes en los que la satisfacción general con el programa es de 4-5 en escala Likert x 100 / nº de participantes en el grupo:100% (estándar 80%)

Nº de participantes en los que los conocimientos en diabetes aumentan 20% x 100 / nº de participantes en el grupo:90% (estándar 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la vista de los indicadores de resultado anteriores, podemos concluir que la educación grupal en diabetes ha demostrado ser una herramienta muy útil para conseguir motivar y capacitar a pacientes y familiares en la gestión eficaz de su enfermedad. En los próximos meses esperamos obtener información actualizada sobre la HbA1c de todos los participantes para poder evaluar el impacto del taller en el control de la misma. Como elemento de mejora, consideramos importante incluir en el formulario de "Compromiso de asistencia" el tratamiento farmacológico para la DM con el fin de abordar de manera focalizada el taller sobre medicación. Por último, reseñar que este proyecto ha sido posible gracias a la colaboración activa de residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria y de estudiantes en prácticas de Enfermería.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1414

1. TÍTULO

TENGO DIABETES TIPO 2, ¿QUE PUEDO HACER PARA CUIDARME?. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN GRUPAL

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1414 ===== ***

Nº de registro: 1414

Título
TENGO DIABETES TIPO 2, ¿QUE PUEDO HACER PARA CUIDARME?. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL

Autores:
CLARES PUNCEL MARIA TERESA, MARTINEZ GALLEG0 TEODOSIA, GARRALON ORTEGA CRISTINA, ABAD HERNANDEZ DAVID, SALAS SIMON AMPARO, SANZ CASORRAN BELEN, REINAO CEGOÑINO HECTOR, DELER PASCUAL ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Diabetes Mellitus (DM) está considerada como uno de los principales problemas de salud pública a nivel global. Impulsada por la obesidad y los estilos de vida poco saludables, la diabetes conlleva una elevada carga de enfermedad, derivada de su prevalencia, de sus complicaciones y de la multimorbilidad asociada. En España el estudio Di@bet.es publicado en 2012 recoge una prevalencia de diabetes del 13,8%, con un 6,0% de diabetes desconocida. En Aragón, para ese mismo año el análisis de los datos obtenidos de la historia clínica de atención primaria muestra una prevalencia del 7,2%. Además, la diabetes tiene un elevado impacto económico y social. Por estos motivos, la prevención y control de la diabetes representan una verdadera prioridad para profesionales, servicios sanitarios y pacientes. La educación grupal ha demostrado ser una herramienta fundamental para conseguir motivar y capacitar a pacientes y familiares en la gestión eficaz de la diabetes mellitus.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general:
Mejorar la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus 2 y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad (empoderamiento).
Objetivos específicos:
Mejorar el control metabólico (reducción HbA1c).
Mejorar control de FRCV: TA, HLP, IMC y tabaquismo.
Mejorar el autocuidado y control de la enfermedad: cuidado del pie diabético y manejo de la medicación.
Disminuir la incidencia de complicaciones.
Población diana:
Pacientes mayores de 18 años con DMT2 adscritos a la ZBS de Actur Norte que cumplan los siguientes criterios de inclusión:
Capacidad suficiente de aprendizaje.
Mal control metabólico (HbA1c > 7%).
Haber recibido previamente educación individual.
No haber recibido educación grupal en los 2 años anteriores.

MÉTODO
El programa consistirá en la realización de ciclos de 4 sesiones. La metodología será activa-participativa: partiendo de preguntas abiertas, cada día sobre un tema, se desarrollará un contenido teórico con apoyo de material audiovisual, dejando posteriormente un espacio para la participación y desarrollo de dinámicas grupales. Los temas a tratar en cada sesión serán: "Conceptos generales de diabetes ", "Ejercicio", "Alimentación", "Autocuidados: autocontrol, autoanálisis, cuidados del pie y complicaciones y situaciones especiales". Los grupos serán lo más homogéneos posibles y estarán compuestos por un mínimo de 7 personas si vienen solos y un máximo de 15-20 si acuden acompañados.

INDICADORES
Evaluación anual por el grupo de profesionales que participan en el programa a partir de los datos obtenidos de:
Registro de Actividades de cada sesión
Cuestionario de Evaluación de Satisfacción
Cuestionario ECODI (Escala de conocimientos sobre la Diabetes) de Bueno y col. (pre y post)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1414

1. TÍTULO

TENGO DIABETES TIPO 2, ¿QUE PUEDO HACER PARA CUIDARME?. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN GRUPAL

Hoja excell de registro de datos clínicos de los participantes

Indicadores:

De estructura:

Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos (estándar 80%)

De proceso:

Nº de participantes captados x 100 / nº de participantes previstos captar en el año (estándar 50%)

Nº de grupos realizados x 100 / nº de grupos previstos en el año (estándar 50%)

Nº de participantes que acuden al 80% de las sesiones grupales programadas x 100 / nº de participantes incluidos en el grupo (estándar 100%)

De resultado:

Nº de participantes en los que la satisfacción general con el programa es de 4-5 en escala Likert x 100 / nº de participantes en el grupo (estándar 80%)

Nº de participantes en los que la HbA1c se reduce 0,5% x 100 / nº de participantes en el grupo (estándar 80%)

Nº de participantes en los que los conocimientos en diabetes aumentan 20% x 100 / nº de participantes en el grupo (estándar 80%)

DURACIÓN

Inicio: Enero 2019. Puesta en marcha. Comunicación al EAP 31/01/19.

Fin: Diciembre 2019.

Duración: ciclos de cuatro sesiones grupales de 1:30 horas de duración con una frecuencia semanal.

Captación: Activa por el EAP (Medicina / Enfermería). Citación en agenda específica ("Salas - grupo DIABETES") o en Servicio de Admisión con P-10. La intervención será registrada en OMI-AP, como actividad de enfermería en cada uno de los pacientes que participan en el grupo, mediante el campo de educación grupal. También se registrarán valores clínicos de cada paciente de grupo en hoja Excel.

Tras cada ciclo se celebrará una reunión del equipo de trabajo para la evaluación del grupo.

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 - 2019/1441

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD PARA POTENCIAR LA ACCESIBILIDAD Y SEGUIMIENTO DEL AUTOCONTROL DEL TAO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN VIÑAS VIAMONTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOZANO ENGUITA ELOISA
DE PEDRO PICAZO BELEN
DELER PASCUAL ANA ISABEL
RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- A nivel interno:

- Reuniones del equipo de mejora para repasar documentación, criterios de inclusión, para incorporación al ATAO, etc.: 19/02/19, 25/03/19, 12/04/19 y 15/04/19. Se han seguido los documentos indicados por Estrategias Salud Aragón. Documento interno (julio 2014 Grupo trabajo COA de la SAHH y Salud). - Presentación del proyecto al EAP y recordatorio de criterios de derivación. 24/04/19.
- Creación de consultas de "Atención al paciente en autocontrol TAO". A partir del mes de marzo, se modificaron las agendas del personal de enfermería para ofrecer un horario específico de consulta a los pacientes del C.S. Actur Norte y de otros C.S (viernes de mañana y lunes-miércoles de tarde).
- 19/06/19 reunión del EAP Actur Norte. Se transmite la información ofrecida en JTA. También se presenta el circuito de derivación a la Unidad de Referencia y Formación para Autocontrol TAO del C.S. Actur Norte.
- Por mensajería interna de OMI-AP se comunica a los profesionales del EAP los cursos de formación establecidos a lo largo del año. De esta forma se reactiva la posibilidad de replantear acciones para revisar los criterios de inclusión de los pacientes.

2.- A nivel externo:

- 11 y 13 marzo 2019: Primer curso de formación a pacientes del Sector.
- Reuniones del equipo de mejora para repasar documentación, criterios de inclusión y preparación de trabajo a realizar con los pacientes derivados de los centros de salud del sector: 25/03/19, 12/04/19, 15/04/19 y 13/05/19. La documentación básica ha sido proporcionada por el Director de Enfermería, según documento del Subproceso de Autocontrol en Atención Primaria en Aragón (extraído de Estrategias Salud Aragón).
- 12 abril 2019: Reunión del equipo de mejora del proyecto con el Director de Enfermería para preparar los documentos necesarios, que se enviarán a los EAP del Sector, para su cumplimentación.
- junio 2019: Desde Dirección de Atención Primaria del Sector se envía por correo electrónico, a todos los responsables Médicos y de Enfermería, los documentos establecidos en la reunión de abril.
- 11 junio 2019: Presentación en Junta Técnico-Asistencial del Proyecto a los responsables de todos los Centros de Salud del Sector Zaragoza 1. La persona responsable del proyecto informa detalladamente sobre el circuito de derivación a la Unidad de Referencia y Formación para Autocontrol TAO del C.S. Actur Norte.
- Siguiendo las indicaciones establecidas por el equipo de mejora con el Director de Enfermería, se propone a cada EAP que nombre a un facultativo y un enfermero como responsables del seguimiento de los pacientes en Autocontrol de TAO. Serán los interlocutores directos entre el EAP y la Unidad de AutocontrolTAO de Actur Norte.
- Por indicación del grupo de trabajo, en esta misma sesión, se solicita a los centros que durante los meses de junio-julio, revisen e identifiquen a todos los usuarios en autocontrol de TAO y que envíen sus datos a Dirección de Enfermería para su posterior control.
- 18 y 19 junio 2019: Segundo curso de formación para pacientes del Sector.
- El 26 de junio, desde Dirección de AP. se envió nuevo correo recordando a los centros que no han facilitado información, que la preparen lo más pronto posible.
- El 30 de julio, se reúne el equipo de mejora para empezar a revisar la información recibida desde los distintos centros y distribuirse a los pacientes para contactar con todos ellos.
- Se programan dos cursos más hasta finalizar el año: 25- 26 de septiembre de 2019 y 11-12 de noviembre de 2019.
- Además de las sesiones grupales, a todos los pacientes formados se les ofrece la posibilidad de acudir a las consultas monográficas establecidas especialmente en las agendas de los profesionales docentes es esta actividad.
- 18 y 20 de diciembre 2019: Reunión de colaboradores para evaluación de indicadores y revisión de resultados. Preparación de la Memoria del Proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1: Número de pacientes anticoagulados, formados en autocontrolTAO, respecto al total de pacientes susceptibles (según los MAP de Actur Norte).

1- El grupo de trabajo ha solicitado listado de pacientes del centro de salud Actur Norte tratados con medicamentos antivitamina K (Sintrom® acenocumarol y Aldocumar® warfarina). De los datos recibidos a partir de OMI-AP y de FARMACIA-Sector I, y después del estudio realizado, podemos decir que de los 176 pacientes de A. Norte en tratamiento activo con warfarina y acenocumarol a inicios de 2019, el 13,6% estaba en programa de autocontrol-TAO. Este valor supera ampliamente la media de Aragón que se calcula en torno a un 4.6% (año 2018).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1441

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD PARA POTENCIAR LA ACCESIBILIDAD Y SEGUIMIENTO DEL AUTOCONTROL DEL TAO

1.a. Revisado y actualizado el listado de pacientes de Actur Norte en ATAO. Durante los meses de febrero a mayo de 2019, se ha realizado control y revisión de las historias de pacientes del centro. Se ha sacado del programa a 3 pacientes: 1 por fallecimiento y 2 por cambio de tratamiento a ACOS, quedando activos 24.
1.b. Con los cursos impartidos por la Unidad de Autocontrol-TAO durante 2019, en el C. S. Actur Norte, se ha alcanzado la cifra de 29 pacientes en programa, lo que ha elevado a 14.4% su porcentaje respecto al total de susceptibles (Según datos de Farmacia-Sector I, a 31/12/2019 había 207 en tratamiento activo con warfarina y acenocumarol).

Indicador 2: Número de visitas realizadas anualmente por los pacientes de Actur Norte en autocontrol a la Unidad.
2.- Mediante explotación de datos a través de OMI-AP, se ha realizado una revisión del número de consultas anuales realizadas por cada pte. de A. Norte a la Unidad de Autocontrol para descargar datos del coagulómetro, aclaración de dudas o recogida de material. No incluimos en estas visitas las sesiones de formación para ATAO.
2.a. Realizando una media entre los 29 pacientes del centro, se obtiene una cifra de 3.241 visitas/año.

Indicador 3: Número de centros de salud del Sector I en los que se realiza sesión informativa, respecto al total de centros.
3.- Los coordinadores médicos y de enfermería de los 13 Centros de Salud del Sector I (7 urbanos + 6 rurales), estuvieron presentes en la charla informativa que se realizó el día 11 de junio de 2019. El Director de Enfermería expuso los requerimientos sugeridos desde Estrategias de Salud, y un miembro del equipo de mejora planteó como lo va a desarrollar a lo largo del año 2019 la Unidad de ATAO de Actur Norte.

Indicador 4: Número de centros de salud del Sector I en los que se identifican a todos los pacientes en autocontrol de TAO, respecto al total de centros.
4.- Durante los meses de junio-agosto de 2019, se han identificado 81 pacientes que estaban en autocontrol de TAO entre 9 de los 13 Centros de Salud del Sector I. Esto supone que el 69.3% de los centros ha localizado a pacientes.
Los 4 centro restantes: 2 no tienen pacientes en autocontrol y 2 no han contestado, por lo tanto, no se sabe si es que no hay pacientes en ATAO o es que no los tienen localizados.

4.a. Los profesionales de la Unidad de Autocontrol de Actur Norte, han contactado con la mayoría de los pacientes proporcionados por los C.S del sector I. Se ha realizado un control y seguimiento de la historia clínica para saber desde cuando estaban en el programa de Autocontrol TAO, quien les ha hecho el seguimiento de sus valores durante ese tiempo, cuando ha sido la última vez que un médico (MAP, cardiólogo o hematólogo) ha revisado sus cuadernos, realización periódica de analítica de control de coagulación, etc.

4.b. Estudio de los distintos centros:
- Sta. Isabel: 8 ptes detectados; 8 control Hemat.; 0 sin control
- Alfajarín: 7 ptes detectados; 3 control Hemat.; 3 sin control
- Parque Goya: 8 ptes detectados; 6 control Hemat.; 1 sin control
- La Jota: 18 ptes detectados; 12 control Hemat.; 6 sin control
- Picarral: 3 ptes detectados; 3 control Hemat.; 0 sin control
- Zuera: 7 ptes detectados; 4 control Hemat.; 3 sin control
- Arrabal: 5 ptes detectados; 4 control Hemat.; 1 sin control
- Actur Norte: 24 ptes detectados; 0 control Hemat.; 0 sin control
- Villamayor: 1 ptes detectados; 0 control Hemat.; 0 sin control
- Luna: 0 ptes detectados
- Bujaraloz: 0 ptes detectados

De la revisión de los pacientes identificados entre el resto de los centros del Sector, podemos decir que de 57 pacientes. el 24.56% estaban sin controles ni de Hematología ni de su MAP (algunos usuarios referenciaron más de 6 años desde que les dieron la formación y el material). Todos los pacientes en ATAO sin seguimientos, pasan a ser controlados por la Unidad de Actur Norte, con descarga de datos a TAONET-AUTO y planteamiento de revisiones al menos 1 vez al año.

Todos estos datos recopilados, así como los listados actualizados de los pacientes del Sector I, han sido solicitados por la Hematóloga del H.N.S.D.G. Ester Franco, y se le han enviado en varias ocasiones a lo largo del año.

4.c. Los pacientes de Actur Norte estaban controlados al 100% en el propio centro. Desde que en 2009 se desarrolló el Proyecto de ATAO en Aragón, se ha trabajado intensamente a través de Proyectos de Mejora (Seguimiento de pacientes del C.S. Actur Norte en autocontrol de TAO-2010); varias formaciones de distintos profesionales de enfermería del centro; desde abril de 2012, colaboraciones en la formación de pacientes; etc.

Indicador 5: Número total de pacientes que asisten a un grupo de formación respecto al total de pacientes propuestos en 2019.

5.- Se han recibido 17 solicitudes desde distintos Centros de Salud del Sector I. De todas ellas se han considerado adecuadas y se ha formado a 16 pacientes, que suponen el 94.12% de las propuestas. Se ha rechazado 1 paciente por presentar INR fuera de rango. Desde la Unidad ATAO se pusieron en contacto con el médico del usuario para dar las explicaciones oportunas y se le indicó que en cuanto cumpliera los criterios de inclusión, volviera a remitirlo (a la redacción de la memoria no se tiene más información).

5.b. Los cursos realizados durante el año 2019 han sido:

- 11 y 13 marzo 2019: 6 pacientes
- 18 y 19 junio 2019: 4 pacientes
- 25 y 26 septiembre 2019: 4 pacientes
- 11 y 12 noviembre 2019: 2 pacientes

De todos estos pacientes se envía información detallada a la Hematóloga del H.N.S.D.G. Ester Franco, a petición suya.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1441

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD PARA POTENCIAR LA ACCESIBILIDAD Y SEGUIMIENTO DEL AUTOCONTROL DEL TAO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A.- Exponemos la necesidad de seguir insistiendo en los centros de salud del Sector que no han proporcionado información. Para ello solicitaremos la colaboración de la Dirección de Atención Primaria del Sector I. Nos parece conveniente que en cada centro hubiera 1 médico y 1 enfermero para llevar un mejor control interno de los pacientes en programa de ATAO.

B.- Se ha observado mal control en algunas personas por no saber llevar bien el seguimiento. Es importante citarse en consulta al paciente, y revisar si tiene bien asimilados los conceptos y la técnica. Mantener un vínculo ágil de consulta desde el paciente con la unidad formativa es fundamental para conseguir un tratamiento eficaz y adecuado.

C.- El equipo de mejora se plantea mantener el trabajo iniciado en la Unidad de Autocontrol TAO y continuar la labor formativa y de apoyo para los pacientes del Sector I. Todo ello contando con el apoyo de la Dirección del Sector, que facilita y potencia la existencia de consultas monográficas específicas para esta labor.

D.- Proponemos que en el programa de OMI-AP se establezca un sistema de identificación de entrega de tiras para control de TAO. Sería de gran ayuda para poder identificar correctamente a todos los pacientes incluidos en Autocontrol-TAO.

E.- Al revisar los datos proporcionados a través de la explotación de datos de OMI-AP, hemos observado que en el episodio B83 aparecen incluidos pacientes con diagnósticos de: Alteración/Defecto de la Coagulación, Anormalidad Plaquetas, Púrpura, Hemofilia, etc. Pensamos que el problema es extrapolable al resto de la CCAA, y por tanto habría que aplicar los filtros adecuados para pulir estos listados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1441 ===== ***

Nº de registro: 1441

Título
PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD PARA POTENCIAR LA ACCESIBILIDAD Y SEGUIMIENTO DEL AUTOCONTROL DEL TAO

Autores:
VIÑAS VIAMONTE CARMEN, LOZANO ENGUITA ELOISA, DE PEDRO PICAZO BELEN, DELER PASCUAL ANA ISABEL, RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso racional del medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Apoyo autocuidado y fomento de autonomía

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tratamiento Anticoagulante Oral (TAO) es un tratamiento crónico, empleado para la prevención primaria (en pacientes portadores de válvulas mecánicas cardíacas) o secundaria, que mejora el pronóstico de los pacientes con riesgo tromboembólico.

Siguiendo las indicaciones del Departamento de Salud y Consumo de 2009 respecto a control de tratamiento de anticoagulante oral, en el año 2010 el centro se planteó el proyecto de mejora: Seguimiento de pacientes del C.S. Actur Norte en autocontrol de TAO. Esta iniciativa nos ha permitido identificar y fomentar los cuidados de los pacientes adheridos al sistema desde sus primeros casos. Actualmente 23 personas son usuarias del Programa de Autocontrol TAO.

Además, desde hace varios años enfermería de Actur Norte ha participado activamente en la formación de sus propios pacientes con Hematología del Sector, primero con Bárbara Menéndez y con Esther Franco, después.

En la actualidad, Actur Norte se ha propuesto como Unidad de Referencia y Formación para Autocontrol TAO, para los usuarios del Sector I (dependiente del HNSGZ). La labor que se plantea el equipo de trabajo tiene doble campo de acción:

- Interno: EAP
- Externo: centros del Sector I.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1441

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD PARA POTENCIAR LA ACCESIBILIDAD Y SEGUIMIENTO DEL AUTOCONTROL DEL TAO

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos planteados a dos niveles:

1.- Interno al centro:

- Aumentar la cobertura de pacientes de A. Norte.
- Mantener el INR de los pacientes en autocontrol dentro de los valores de referencia.

2.- Externo:

- Aumentar la cobertura de pacientes en cada C.S. del Sector I.
- Identificación de pacientes en autocontrolTAO
- Taller de formación grupal.

MÉTODO

1.- Interno: seguimiento de los propios pacientes y captación de nuevos.

- Informar al EAP del funcionamiento de la Unidad.

- Repasar criterios de inclusión para aumentar la cobertura de pacientes del centro.

- Contactar con los pacientes en autocontrol periódicamente. Establecer un horario de consulta (mañana y tarde).

2.- Externo: promocionar el sistema de autocontrol en los centros del Sector, identificar pacientes que ya son usuarios del sistema y formar a nuevos pacientes que lo requieran.

- Sesiones informativas en los C.S. del Sector I. Informar sobre el circuito de derivación.

- Que cada EAP tenga identificados a sus pacientes en autocontrolTAO, nombrando una persona de referencia para seguimiento.

- Taller de formación cuatrimestral, para los usuarios que cumplan los criterios de inclusión (según material docente proporcionado por el Servicio de Hematología de HNSGZ).

INDICADORES

1.-Número de pacientes anticoagulados, formados en autocontrolTAO, respecto al total de pacientes susceptibles (según los MAP de Actur Norte).

2.- Número de visitas realizadas anualmente por los pacientes (de Actur Norte) en autocontrol, para descarga de datos del coagulómetro.

3.- Número de centros de salud del Sector I en los que se realiza sesión informativa, respecto al total de centros.

4.- Número de centros de salud del Sector I en los que se identifican a todos los pacientes en autocontrol de TAO, respecto al total de centros.

5.- Número total de pacientes que asisten a un grupo de formación respecto al total de pacientes propuestos en 2019.

DURACIÓN

1.- Febrero-marzo 2019: Información al C.S. Actur Norte del proyecto actual.

2.- Febrero-marzo 2019: Creación de consultas de "Atención al paciente en autocontrol TAO" en turno de mañana y de tarde. Por personal de enfermería.

3.- Febrero-abril 2019: Primer curso de formación grupal a pacientes.

4.- Abril-mayo 2019: Sesión informativa en los C.S. Sector I.

5.- Mayo-junio 2019: Recogida de información sobre pacientes anticoagulados en el Sector I.

6.- Junio 2019: Reunión de los participantes del proyecto para revisar seguimiento del mismo.

7.- Mayo-agosto 2019: Segundo curso de formación grupal a pacientes.

8.- Septiembre-diciembre 2019: Tercer curso de formación grupal a pacientes.

8.- Diciembre 2019: Reunión de colaboradores para evaluación de indicadores y revisión de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0298

1. TÍTULO

ORGANIZACIÓN DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN C.S. AMPARO POCH

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL SILVESTRE ORTE
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ PASCUA MARIA JESUS
REYERO BLANCO ELVIRA
ANDRES PIÑOL DOLORES
PINILLA GALLEGO MARIA PAZ
GARCIA BAQUEDANO MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reunión con médicos para organizar proyecto (20 febrero 2019)
-Presentación planilla con avisos realizados por cupo y semestre del año 2018
-Planilla de control de avisos semestral (primer corte 30 junio 2019)
-Planilla control de avisos(segundo corte 31 diciembre 2019)
-Reunión con médicos para conclusiones sobre el proyecto (20 enero 2020)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La fuente de resultados son los avisos del año 2019 que se revisan cada día por horas.
Se compara resultados con tabla de avisos de 2018
Este año 2019 se han contabilizado un total de 590 avisos, 323 el primer semestre y 267 el segundo semestre. El año 2018 curiosamente hubo un total también de 590 avisos, con la diferencia de que en el primer semestre hubo 298 avisos y en el segundo 292.
Creeemos que el mayor número de avisos en el primer trimestre es como consecuencia de que el año 2019 la epidemia de gripe vino más tarde y es cuando más avisos domiciliarios se producen.
Con respecto a los turnos por horas que se estableció para hacer los avisos en "pull", es decir primer turno de 8 a 10:59h y de 11 a 16:30h el segundo. Se aprecia que hay un mayor número de avisos en el primer turno, aunque es tan pequeño que no se pueden sacar conclusiones.
Se ha detectado un problema con los avisos de carácter urgente que se han producido en el tramo horario de 14 a 16:00h.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La sorpresa ha sido que ha coincido el número de avisos registrados durante los años 2018 y 2019 y que las diferencias entre los turnos de avisos son pequeñas.
Por tanto una vez expuesto los resultados en la reunión del día 20 de enero, se acuerda seguir con los mismos turnos y horarios.
En cuanto al problema detectado de los avisos urgente de 14 a 16:00h, se acuerda hacer un listado nominal y diario con los profesionales de turno de tarde para tener una referencia de quien tiene que hacer el aviso en ese tramo horario.

7. OBSERVACIONES.
Se considera oportuno cerrar el proyecto, porque pensamos que no tiene más recorrido y mejoras.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/298 ===== ***

Nº de registro: 0298

Título
ORGANIZACION DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN C.S. AMPARO POCH

Autores:
SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL, REYERO BLANCO ELVIRA, ANDRES PIÑOL DOLORES, HERNANDEZ PASCUAL MARIA JESUS, PINILLA GALLEGO MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes patologías crónicas.
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0298

1. TÍTULO

ORGANIZACIÓN DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN C.S. AMPARO POCH

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Debido al incremento de pacientes que acuden a las consultas médicas y al poco tiempo que disponen los profesionales sanitarios para atender a cada usuario (una media de 6 minutos), se ha reorganizado la forma de realizar los avisos domiciliarios del centro. Con esta nueva organización se pretende que el profesional sanitario disponga de más tiempo en consulta para poder atender a los pacientes y que los avisos a demanda se gestionen según organigrama nuevo.

RESULTADOS ESPERADOS

Que los profesionales médicos del centro tengan jornadas laborales sin avisos domiciliarios a demanda y ese tiempo poder emplearlo en atender consultas programadas. El objetivo está dirigido sobre todo a la población que tienen enfermedades crónicas.

MÉTODO

Los avisos se harán en pul, dividiendo en 2 tramos horarios la jornada laboral. El primer tramo es de 8:00h a 10:59h y el segundo de 11:00h a 17:00h. A su vez cada tramo horario se divide según turno de mañana o tarde. -En el primer tramo horario de mañana, los médicos que tienen consulta en horario de mañanas, harán los avisos por parejas y días (pares e impares). Los médicos de consulta de tarde que deslizan un día a la mañana se hacen cargo de los avisos de los profesionales de la tarde. -En el segundo tramo horario, el médico con jornada discontinua hará los 3 primeros avisos y a partir del cuarto se reparte entre resto profesionales tarde. Se realizarán dos cortes a finales de los dos semestres del año (junio y diciembre) para comparar datos con los del año pasado. Se realizará reunión para analizar dichos resultados.

INDICADORES

Número de avisos por cupos según datos del OMI

DURACIÓN

Se sacan los datos de los avisos recogidos a lo largo de 2018 de todos los profesionales del centro. Se realiza reunión organizativa de médicos (el 20 de febrero de 2019) en la que se establece dicha organización. Se acuerda en dicha reunión, empezar el día 11 de Marzo de 2019. Finalización 31 de Diciembre de 2019. Los responsables de la implantación serán Miguel A. Silvestre y el resto de profesionales de admisión

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0487

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACIÓN DE LOS PADRES

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR NAVALES BELTRAN
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SIMON SIMON ISABEL
BERNAL CARRION EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- SE PREPARÓ FOLLETO INFORMATIVO Y MOTIVADOR CON PAUTAS DE HIGIENE BUCODENTAL, ALIMENTACIÓN, JUEGOS Y LO MÁS IMPORTANTE 6 HOJAS (1 HOJA POR MES) PARA RELLENAR POR LOS NIÑOS/NIÑAS CUANDO SE CEPILLEN LOS DIENTES DESPUÉS DE CADA COMIDA. TARDARON EN ENVIARME LOS CUADERNOS IMPRESOS A COLOR Y SE HAN ENTREGADO DESDE FEBRERO A JUNIO (5 MESES).
- SE PREPARARON 2 POWER POINT DIFERENTES COMO APOYO VISUAL PARA REALIZAR CHARLAS A LOS PADRE/MADRES.
- SE REALIZÓ DIPLOMA PARA ENTREGAR A LOS NIÑOS/NIÑAS CUANDO NOS DEVUELVAN EL FOLLETO RELLENADO.
- SE PREPARÓ TRIPTICO INFORMATIVO PARA ENTREGAR A LOS PADRES/MADRES DESPUÉS DE ACUDIR A LAS CHARLAS.
- SE ORGANIZARON 3 CHARLAS CON DIFERENTES MATRONAS DEL SECTOR PARA INFORMAR DEL PROYECTO Y PROGRAMAR LAS CHARLAS.
- SE REALIZARON REVISIONES BUCODENTALES Y PROFILAXIS DE LA CARIES A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE CUBETAS DE FLÚOR A LOS NIÑOS/NIÑAS CADA 6 MESES.
- SE DESARROLLARON 7 CHARLAS A LO LARGO DEL AÑO PARA LOS PADRES O MADRES. DEBIDO AL CAMBIO DE MATRONAS HUBO QUE VOLVER A REUNIRSE CON ELLAS Y SE EMPEZÓ TARDE.
- SE HA REALIZADO UN ESTUDIO DEL N° DE CARIES EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- DE 667 NIÑOS/NIÑAS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EN EL AÑO 2019, SE ENTREGARON 273 FOLLETOS A NIÑOS/NIÑAS ENTRE 5 Y 8 AÑOS.
- SE REALIZARON 474 PROFILAXIS DE LA CARIES POR MEDIO DE LA APLICACIÓN DE CUBETAS DE FLÚOR A LO LARGO DEL AÑO.
- A LAS 3 CHARLAS ORGANIZADAS PARA PADRES/MADRES DE NIÑOS ENTRE 0 Y 5 AÑOS, ACUDIERON 35 PADRES O MADRES EN TOTAL.
- DEL ESTUDIO REALIZADO PARA VALORAR EL N° DE CARIES EN LOS NIÑOS/NIÑAS ATENDIDOS EN LA CONSULTA, SE OBSERVA UN GRAN PORCENTAJE DE CARIES EN DENTICIÓN TEMPORAL.
- A LAS 4 CHARLAS ORGANIZADAS PARA PADRES/MADRES DE NIÑOS ENTRE 5 Y 8 AÑOS, ACUDIERON 195 PADRES O MADRES EN TOTAL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LAS CHARLAS PARA LOS PADRES HAN TENIDO BUENA ACOGIDA, AUNQUE SE PRETENDE ORGANIZARSE MEJOR CON LAS MATRONAS PARA COMENZAR A IMPARTIRLAS A PRINCIPIOS DE AÑO.
LOS FOLLETOS PARA RELLENAR, SEGÚN NOS HAN COMENTADO MUCHOS PADRES, SE HAN PERDIDO DURANTE LOS VIAJES DEL PERÍODO VACACIONAL. SE VALORARÁ LA OPCIÓN DE RELLENAR SÓLO 4 MESES EN LUGAR DE LOS 6 DE ESTE AÑO.
DEBIDO AL GRAN PORCENTAJE DE CARIES OBSERVADO EN LOS NIÑOS/NIÑAS ATENDIDOS EN CONSULTA (14% EN DENTICIÓN DEFINITIVA Y 36'5% EN DENTICIÓN TEMPORAL) SE CREE PERTINENTE LA SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO AUNQUE CAMBIANDO E INTENTANDO MEJORAR ALGUNAS COSAS. EN AÑOS POSTERIORES SE ENTREGARÁ FOLLETO SÓLO A LOS NIÑOS/NIÑAS DE 5-6 AÑOS, YA QUE MÁS MAYORES LO HAN RECIBIDO ESTE AÑO. IGUALMENTE, LAS CHARLAS SERÁN PARA LOS PADRES/MADRES DE NIÑOS/NIÑAS DE 5-6 AÑOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/487 ===== ***

Nº de registro: 0487

Título
EDUCACION PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACION DE LOS PADRES

Autores:
NAVALES BELTRAN MARIA PILAR, SIMON SIMON ISABEL, BERNAL CARRION EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0487

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACIÓN DE LOS PADRES

Otro Tipo Patología: SALUD BUCODENTAL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DESDE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL ACTUR OESTE, SE HA OBSERVADO LA MALA SALUD DENTAL DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA, CON UN ALTO ÍNDICE TANTO COD COMO CAOD.
SEGÚN EL ATLAS DE LA SALUD BUCODENTAL PRESENTADO EN EL 2016 POR EL CONSEJO DE DENTISTAS, EN ESPAÑA 1'8 MILLONES DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 12 AÑOS TIENEN CARIES EN DENTICIÓN TEMPORAL.
SEGÚN EL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS EN 2017 LA CARIES AFECTABA AL 33% DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN ESPAÑA. POR LO QUE SE ESTIMA QUE ES PRIMORDIAL FOMENTAR UNOS CORRECTOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE UNA MANERA SENCILLA PERO CONSTANTE.

RESULTADOS ESPERADOS
FOMENTAR UNOS CORRECTOS HÁBITOS DE SALUD BUCODENTAL. MEJORAR LA CALIDAD DE LA SALUD BUCODENTAL DE LOS NIÑOS. INVOLUCRAR A LOS PADRES Y MADRES EN EL CUIDADO DE LA SALUD BUCODENTAL DE SUS HIJOS E HIJAS. PROMOCIONAR LA SALUD BUCODENTAL Y LA ALIMENTACIÓN NO CARIOGÉNICA.
POBLACIÓN DIANA: NIÑOS DE 0 A 13 AÑOS DE AMBOS SEXOS Y ADULTOS.

MÉTODO
1. CHARLA INFORMATIVA PARA LOS PADRES SOBRE: EVOLUCIÓN DENTAL EN LOS NIÑOS. PROBLEMAS MÁS COMUNES EN LA ERUPCIÓN DENTAL. CARIES DENTAL. MEDIDAS DIETÉTICAS. TÉCNICAS DE CEPILLADO E HIGIENE ORAL.
2. DIAGNÓSTICO TEMPRANO CON REVISIONES DE LOS NIÑOS EN EL GABINETE BUCODENTAL CADA 6 MESES.
3. PROFILAXIS DE LA CARIES A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE CUBETAS DE FLÚOR TÓPICO CADA 6 MESES EN EL GABINETE DENTAL.
4. FOLLETO EXPLICATIVO Y MOTIVADOR CON PAUTAS DE HIGIENE BUCODENTAL, ALIMENTACIÓN Y JUEGOS QUE SE ENTREGARÁ A LOS NIÑOS QUE ACUDAN A CONSULTA POR PRIMERA VEZ.
5. ENTREGA DE DIPLOMA A LOS NIÑOS TRÁS LA RECOGIDA DE LOS FOLLETOS RELLENADOS.

INDICADORES
LA EVALUACIÓN SE REALIZARÁ A TRAVÉS DE LA ASISTENCIA A LAS CHARLAS POR PARTE DE LOS PADRES Y EL ESTUDIO DE LOS FOLLETOS UNOS VEZ RELLENADOS.

DURACIÓN
12 MESES (DE ENERO A DICIEMBRE) PRORROGABLE

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 - 2019/0717

1. TÍTULO

COMENZANDO CON LA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE NURIA MARTIN CATALAN
· Profesión MIR
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRERA NOGUERO ANA MARIA
MORALES GREGORIO MARIA JESUS
MELUS PALAZON ELENA
CABALLERO ALEMANY CARMEN
GARUZ BELLIDO ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras una sesión clínica ofertada en el centro de salud para todos los profesionales del centro en la que se expuso el proyecto y la necesidad de crear un grupo de trabajo para llevarlo a cabo, se puso a su disposición una lista para que pudieran inscribirse. Entre los integrantes del grupo se encuentran tanto profesionales de medicina como enfermería y la trabajadora social del centro y el jefe de equipo de admisión. En una sesión posterior con los integrantes del grupo de trabajo se nombró, mediante votación, un coordinador y un subcoordinador y se elaboró una lista de correo electrónico con la que comunicarse internamente. Se han desarrollado dos reuniones posteriores con periodicidad mensual en las que se ponen en común las necesidades del área correspondiente al centro de salud y se ha comenzado a desarrollar la agenda comunitaria y a planificar la realización del mapa de activos de salud. Tras estas dos reuniones, una profesional muy comprometida con la atención comunitaria y referente en este ámbito impartió una sesión clínica en el centro para explicar la Estrategia de Atención Comunitaria y los distintos proyectos que engloba tanto al grupo de trabajo como al resto de profesionales del centro. Durante el año 2020 se prevé terminar de elaborar la agenda comunitaria mediante la recopilación de todas las instituciones y organizaciones existentes en el barrio así como las actividades que se realizan en esos centros para poder elaborar el mapa de activos.

Por el momento únicamente se han necesitado los recursos disponibles de forma pública en la Estrategia de Atención Comunitaria del Gobierno de Aragón así como la cooperación de todo el personal del centro de salud y su interés en materia de atención comunitaria.

Además una de las integrantes del equipo de atención comunitaria ha desarrollado una herramienta para la búsqueda de activos comunitarios en toda la Comunidad Autónoma que se va a implantar por parte de la Dirección de Salud Pública en todo Aragón. Y, la gran mayoría del equipo cuenta con experiencia en el desarrollo actividades comunitarias tanto en colegios como en la comunidad que han venido desarrollando a lo largo de estos años y en este último año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado principal ha sido la consolidación del grupo de trabajo en el centro de salud y la información a todos los profesionales del centro, y más específicamente a los integrantes del grupo sobre la Estrategia en salud comunitaria. Además se han creado redes de comunicación interna y se han comenzado a desarrollar las actividades propuestas.

Esto corresponde con la Etapa 1: Preparación y contextualización, del Check List de Recomendación de Activos para la Salud contemplado en la Guía de Recomendación de Activos para la salud en Atención-Primaria del 2018 elaborada por el Departamento de Sanidad.

El proyecto ha sido bien recibido en el centro de salud y se ha incrementado la motivación de los profesionales por la atención comunitaria gracias a un mayor conocimiento de lo que supone para la salud de la población y a la explicación del marco legal, dentro de las especialidades de medicina y enfermería familiar y comunitaria, en el que se engloba.

Se ha conseguido mejorar tanto la comunicación como la coordinación interprofesional entre el personal de medicina, enfermería y trabajo social.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como aprendizaje el proyecto ha servido para priorizar los tiempos de aprendizaje, reflexión y consolidación del equipo de comunitaria más que seguir estrictamente el calendario propuesto en un principio. Dado que lo importante es avanzar todo el grupo más o menos de forma homogénea.

Las conclusiones que podemos obtener hasta el momento de lo realizado es que ha sido muy importante la información ofrecida a los profesionales del centro, que hasta el momento era insuficiente, y se ha sensibilizado a los miembros del equipo de que estas actividades pueden y deben llevarse a cabo sin menoscabar el funcionamiento del mismo. Por otra parte se ha creado una base sólida en el equipo para la continuación del proyecto así como para la elaboración tanto de la agenda comunitaria como del mapa de activos. Consideramos que este punto es de gran importancia para las acciones posteriores que ya se han comenzado a planificar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/717 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0717

1. TÍTULO

COMENZANDO CON LA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH

Nº de registro: 0717

Título
COMENZANDO CON LA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH

Autores:
MARTIN CATALAN NURIA, CARRERA NOGUERO ANA MARIA, MORALES GREGORIO MARIA JESUS, MELUS PALAZON ELENA, CABALLERO ALEMANY CARMEN, GARUZ BELLIDO ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Desmedicalización. Prevención de los problemas relacionados con la senilidad y promoción del envejecimiento saludable. Aislamiento Social. Condicionantes de vida. Educación Sanitaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a la creación de la Estrategia de Atención Comunitaria, que ha permitido la inclusión de la Atención Comunitaria en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, creemos fundamental el análisis de la situación de la zona de nuestro centro de salud ya que en este momento no existe ningún proyecto comunitario en activo en el mismo.
Posteriormente con esta iniciativa trataremos de formar un grupo de trabajo con el equipo de Atención Primaria del centro sobre Atención Comunitaria para informar y motivar al resto del personal para que hagan recomendación de activos en sus consultas.
Su finalidad última será la de fomentar la autonomía de los pacientes, informar a la población de los activos que tienen a su alcance y reducir la medicalización de algunas situaciones relacionadas con la salud.

RESULTADOS ESPERADOS
- -Crear de un grupo de trabajo en el equipo de Atención Primaria.
- Analizar el contexto, las necesidades y las capacidades de la comunidad de nuestra zona de salud.
- Elaborar un mapa de activos de nuestra zona
- Definir el objetivo, población diana, ámbito y tema sobre el que vamos a realizar la recomendación de activos.
- Comunicar los activos disponibles y las actividades a realizar al resto del equipo, a los directivos y al consejo de salud. Dar a conocer el protocolo OMI-AP de Atención Comunitaria.
- Incorporar la recomendación de activos desde la consulta utilizando los recursos disponibles.
- Motivar a los profesionales del centro para la realización de actividades con la comunidad y generar una organización interna coordinada por un interlocutor o coordinador comunitario.

MÉTODO
Con este proyecto trataremos de crear un grupo de trabajo interdisciplinario formado en salud comunitaria contando con los profesionales del equipo de Atención Primaria de nuestro centro de salud así como con la trabajadora social. Se realizarán reuniones periódicas trimestrales en las que se estudiará el contexto de nuestra área de salud, se debatirán las necesidades de la población, se investigarán los activos y recursos disponibles y se decidirán los proyectos comunitarios que se van a desarrollar. Además se nombrará a un coordinador de la atención comunitaria que funcionará como interlocutor para todos los aspectos relacionados con esta.
Por otro lado se realizará un listado de las actividades existentes en el área para posteriormente generar un mapa de activos de salud que se encuentre accesible para la población. Previamente nos habremos puesto en contacto con los directivos o coordinadores de los activos de nuestro barrio.
Para mejorar las recomendaciones de activos a la población se formará a todos los profesionales del centro de salud en el protocolo de OMI-AP de Atención Comunitaria mediante una sesión en la que se explicará su funcionamiento. A partir de esta sesión el grupo de trabajo se pondrá a disposición del personal del centro para responder las dudas que se planteen.

INDICADORES
Se deberá realizar el Check List de Recomendación de Activos para la Salud contemplado en la Guía de Recomendación de Activos para la salud en Atención-Primaria del 2018 elaborada por el Departamento de Sanidad una vez formado el grupo de trabajo para evaluar si se ha seguido todo el proceso de implantación.
Una vez explicado el protocolo de OMI-AP se realizará un análisis transversal de la prevalencia de uso del protocolo entre los profesionales del centro al año y se concertará una reunión con los profesionales del centro para escuchar su opinión sobre el proyecto y propuestas de mejora.
Además se pretende que tras el análisis surjan nuevos proyectos de salud comunitaria desde el centro de salud.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0717

1. TÍTULO

COMENZANDO CON LA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH

Abril 2019: Reunión informativa y creación del grupo de trabajo. Nombramiento del coordinador de atención comunitaria.

Mayo 2019: Análisis de la situación del área y contextualización.

Junio 2019: Listado de actividades que se realizan en la comunidad y contacto con los activos.

Julio-Septiembre 2019: Elaboración del mapa de activos.

Octubre 2019: Explicación del protocolo OMI-AP al centro y comienzo de la recomendación de activos en las consultas.

Octubre 2020: Evaluación de la recomendación de activos y propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0959

1. TÍTULO

¿QUE COMO CUANDO NO ME ENCUENTRO BIEN ? ALIMENTACION REALFOODING

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA PABLOS MUR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORNOS SIMON TERESA
OLIETE HERRERO CONCEPCION
ROYAN MORENO PILAR
DOMINGUEZ LOZANO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la realización del proyecto realizamos varias reuniones iniciales. La primera reunión con la psicóloga del centro municipal de servicios sociales Actur, que fueron los encargados de solicitar la actividad comunitaria para la población con la que trabajan. El proyecto se desarrolla dentro del taller de hábitos saludables con sus usuarios porque necesitaban colaboración sanitaria, para poder hablar sobre alimentación saludable dado el alto índice de obesidad y malnutrición dentro de las familias con las que trabajan, puesto que este problema deriva en enf. crónicas así como la transmisión de los hábitos dentro de la familia. Por otro lado, nos reunimos las personas participantes en el proyecto para organizar las charlas que debíamos realizar estructurándolas y repartiendo las diferentes tareas del equipo. En una tercera reunión se establecieron todos los objetivos y se fijaron las dos fechas de las reuniones:

*3 de abril 2019

*23 de octubre 2019

En una de las sesiones del centro se informó de la actividad que se iba a llevar a cabo.

Las dos sesiones pactadas se realizaron en el Aula del Centro Cívico de Servicios del Actur, para la realización de la actividad se prepararon varias presentaciones Power Point y se compraron diferentes alimentos para realizar la parte más práctica de las sesiones, ya que se trabajó la lectura de las etiquetas de los alimentos para saber identificar aquellos que hay que evitar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A las sesiones acudieron 27 personas de edad y sexo diversa. Se realizó un test preformación el primer día y un test al final de la formación del segundo día para evaluar la adquisición de conocimientos y comprobar si habían incrementado el nivel de conocimientos en temas de alimentación y autocuidado, así como la identificación de síntomas y sus cuidados iniciales.

Entre los resultados del test encontramos un aumento de conocimientos del 64% en el grupo en general, en los pacientes por debajo de 35 años era de un 58% y en los mayores de 35 años de un 69%.

Los organizadores y los participantes al terminar la formación nos transmitieron de forma personal la gran satisfacción con la actividad, tanto con la parte teórica como por la parte práctica con lectura de etiquetas y análisis de alimentos para identificar la alimentación más adecuada para sus familias.

Confiamos que esta intervención repercuta en la salud de los participantes y en su relación con el centro de salud en relación a los aspectos relacionados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se realizó con éxito, tuvimos una gran aceptación y satisfacción del personal que la llevó a cabo, de los organizadores y de los asistentes. Creemos que la promoción de estos cursos entre usuarios o en distintos ámbitos del barrio (Asociaciones, Centros cívicos...) podría ampliar el número de usuarios que se beneficiarían de la formación.

Por otro lado el objetivo conseguir menores visitas al C. Salud en los citados procesos y el de fomentar su salud a largo plazo son objetivos demasiado amplios, que con este espacio de tiempo de análisis no hemos podido analizar, ya que habría que hacerlo a largo plazo y en usuarios del centro de salud. Esta sesión forma parte de un gran proyecto que realiza el centro municipal, que en este año han recibido un premio a nivel Europeo, como así nos lo comunicaron por lo que este año se seguirá realizando con una charla en cada semestre del año, dada la gran acogida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/959 ===== ***

Nº de registro: 0959

Título
¿QUE COMO CUANDO NO ME ENCUENTRO BIEN? Y ALIMENTACION REALFOODING

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0959

1. TÍTULO

¿QUE COMO CUANDO NO ME ENCUENTRO BIEN ? ALIMENTACION REALFOODING

Autores:
PABLOS MUR CRISTINA, TORNOS SIMON TERESA, DE LA ALDEA GASULL CRISTINA, MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Obesidad
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Después de analizar en consultas, tanto de pediatría como de medicina general, el desconocimiento por parte de la población del barrio del Actur sobre el tratamiento inicial y alimentación apropiado en situaciones tan comunes como procesos febriles, gastroenteritis, obesidad y dado además el aumento de sobrepeso en nuestra población derivado del aumento de consumo de alimentos procesados e inapropiados, vemos la importancia de esta educación grupal para mejorar su calidad de vida, autocuidado y conocimientos sobre la materia.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general :Incrementar el nivel de conocimiento en temas de alimentación y autocuidado, en la población en general del barrio, mediante intervención grupal.
Objetivos específicos:
*Ampliar conocimientos en la identificación de síntomas y sus cuidados iniciales.
*Instruir en la lectura apropiada de los ingredientes de los productos del supermercado para saber valorar e identificar los productos ultraprocesados y por tanto perjudiciales para la salud.
*Aumentar las habilidades personales para saber identificar cual es la alimentación mas apropiada para toda la unidad familiar.
*Conseguir menores visitas al C.Salud en los citados procesos.
*Fomentar su salud a largo plazo.

MÉTODO
*Se realizarán sesiones en el Centro Cívico Municipal de Servicios del Actur (c/ Alberto Duce n2), periodicas con población del barrio.
*Talleres de valoración de alimentación y lectura de etiquetado de productos.

INDICADORES
Test de conocimientos pre y post intervención

DURACIÓN
Dos sesiones en 1º y 2º semestre.

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 - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACIÓN PAR EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL LOSTAL GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN DE VICENTE CARLOS LUIS
MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES
TORNOS SIMON TERESA
GARCIA CASTELLANOS TERESA
ANDRES ZALLO LAURA
LORENTE RIVEROLA JUAN
MILLAN TARATIEL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PLAN DE COMUNICACIÓN.

1. Se reunió el coordinador del proyecto, Dra Isabel Lostal Gracia, con los componentes del equipo de mejora, consensuando el programa.
2. En el Area Básica de Salud que corresponde al Centro de Salud Actur Oeste, se encuentra el Instituto de Educación Secundaria (IES) Elaios, en el Suroeste del Barrio de Actur, donde se imparte clase a alumnos de 1º a 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato.
También cercano al CS Actur Oeste, se encuentra el IES Miguel de Molinos. Aunque esa zona no pertenece al CS, debido a la proximidad, se incluyó dentro de las actividades a realizar.
Se contacto con los Directores de ambos Centros Educativos, fijando así la agenda para realizar la actividad formativa, objeto del proyecto.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

El Equipo de mejora ha realizado dos jornadas formativas, una en cada uno de los Institutos mencionados. Se describe a continuación el contenido de la formación:
A las 14 horas, se desplaza el equipo del proyecto de mejora al Centro Educativo, impartándose el taller en un aula con proyector y medios audiovisuales.

- Taller teórico:

Presentación apoyada con power point sobre el asma, síntomas, tratamiento y manejo de inhaladores para crisis agudas. Identificación de situaciones que requieren presencia urgente de servicios sanitarios.
La presentación había sido previamente preparada y consensuada por el equipo.
Fue impartida por la Dra . Teresa García Castellanos, en ese momento médico residente de pediatría en rotación por el Centro de Salud.
Duración 45 minutos

. Taller práctico:

Impartido por el personal de enfermería componente del equipo.
Se llevó para el taller el material que se utiliza para el tratamiento del asma, inhaladores y cámaras, y se explicó, las diferencias de manejo entre los diferentes dispositivos, MDI o polvo seco y el consejo de utilizar cámaras espaciadoras, incluso con mascarilla si no hay colaboración del niño, para que la medicación se deposite de forma adecuada en el pulmón.
Duración 30 minutos

Turno de preguntas:

Respondido por especialista en Pediatría y enfermería pediátrica.
Duración 30 minutos

. Información sobre Recomendaciones de la Sociedad de Neumología Pediátrica: Centro Escolar Amigo del Asma. Se proporcionó enlace página web.

- Se pasó la siguiente encuesta al final de la actividad docente, para su contestación por los docentes que asistieron.

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS Y SATISFACCIÓN SOBRE EL ASMA

1. Síntomas que nos orientan hacia una crisis asmática GRAVE:

Labios/piel azulada
Pitidos y opresión torácica
Dificultad para respirar
Todas las anteriores

2. ¿Cuál es la vía más rápida y con menos efectos secundarios para administrar la medicación de rescate?

Intravenosa
Inhalada
Oral
Intramuscular

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACIÓN PAR EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

3. ¿ Ante 1 crisis de asma cual es la actuación más correcta?

Reposo + 4 puff de inhalador de rescate y no se debe repetir en ningún caso.

Reposo + avisar a familia y no administrar nada ya que podemos empeorar el cuadro.

Reposo + 4 puff de inhalador de rescate + esperar 20 min + si no mejora repetir 4 puff + avisar a la familia

Siempre llamar al 061/112

4. ¿En cuánto a la técnica de inhalación, que opción es la incorrecta?

a. Destapar y agitar el inhalador antes de usar

b. Exhalar todo el aire antes de dar el puff e inhalar la medicación

c. Inhalar todo el aire antes de dar el puff y respirar la medicación

d. Aguantar respiración tras el puff

5. En relación al asma y el ejercicio, marque la opción correcta

a. Cuando aparece la crisis, dar la medicación de rescate y continuar con el ejercicio.

b. Si aparecen síntomas típicos de asma, se debe continuar con el ejercicio porque forma parte del calentamiento y la adaptación al ejercicio

c. Realizar precalentamiento y enfriamiento antes y después de ejercicio respectivamente

6. ¿Después de esta charla formativa, cree que ha mejorado sus nociones básicas sobre el asma y el manejo elemental?

a. SI

b. NO

7. ¿Cree que la charla se ha adaptado a las necesidades/dudas sobre el manejo del asma en el ámbito escolar?

SI. Tengo claro el manejo básico

Regular

Muy poco claro

Nada; no se qué es el asma ni un inhalador y menos usarlo

8. ¿Se ve capaz de dar la medicación de rescate ante 1 crisis asmática?

a. Si

b. No

9. ¿Cree qué es útil esta charla para el manejo del asma en el ámbito escolar?

Muy útil

Bastante útil

Poco útil

Nada útil

10. En cuanto a la atención al niño asmático en el ámbito escolar, ¿es una situación?:

Frecuente

Durante educación física únicamente

Ocasionalmente he tenido que administrar medicación o llamar a la familia

Nunca he tenido que administrar medicación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Numero de Centro Escolares: 2

Participantes en la jornada formativa: 35 docentes en el IES Elaios y 12 docentes en el IES Miguel Molinos (informó el director que habían tenido problemas de agenda en el último momento lo que explicaba la baja participación)

2. Indicadores de estructura:

Número de profesionales que participan x 100/número de profesionales docentes del centro escolar Elaios= $35 \times 100/63 = 55\%$.

Nº Profesionales x 100/número de profesionales docentes del centro escolar Miguel Molinos: $12 \times 100/59 = 19\%$

3. Indicadores de proceso:

Número de colegio de la ZBS captados en el año x 100/ Número de colegios previstos captar el año académico $2 \times 100/2 = 100\%$

4. Indicadores de resultado

Al terminar el taller se realiza encuesta de satisfacción que es contestada por 19 de los 35 docentes que asistieron en el IES Elaios y por 8 de los 12 que asistieron en el caso del IES Miguel de Molinos.

- Satisfacción general con el proyecto, según encuesta contestada por el profesorado

El 89% contesta que el taller se había adaptado a las necesidades y dudas sobre el manejo del asma en el ámbito escolar y el 95% consideraron el taller recibido como muy útil o bastante útil para manejar el asma en el ámbito escolar.

Estos resultados se encuentran por encima del 70% que se había considerado como punto de corte para repetir la jornada formativa

A continuación, se exponen la totalidad de los resultados de la encuesta en el caso del IES Elaios. No se ha realizado la estadística en el caso del IES Miguel de Molinos, al disponer sólo de 8 encuestas y no considerarlo número representativo.

1. El 84% identificaron adecuadamente los síntomas de una crisis grave

2. El 100% identificaron la vía inhalatoria como la más adecuada

3. El 79% identificaron la actuación correcta en una crisis de asma

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACIÓN PAR EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

4. El 60% conocían bien la técnica de inhalación, 30% mostraron algún error en su realización.
5. En relación con el asma por ejercicio, 30% contestaron correctamente, 36% sin embargo, contestaron que, en el caso de que presenten crisis de asma durante el ejercicio, se puede dar medicación de rescate y continuar con el ejercicio.
6. El 100% contestaron que tras el taller había mejorado sus conocimientos y manejo del asma
7. El 89% contesta que el taller se ha adaptado a las necesidades y dudas sobre el manejo del asma en el ámbito escolar
8. El 100% se ve capaz de administrar la medicación en una crisis de asma
9. El 95% consideraron el taller recibido como muy útil o bastante útil para manejar el asma en el ambito escolar
10. En relación a la pregunta, si habían tenido que atender a un niño asmático en el ámbito escolar, el 79% nunca habían tenido que administrar medicación de rescate, el 15% lo había hecho ocasionalmente y 5%, le había ocurrido durante la clase de educación física.

- Satisfacción general con el proyecto por parte de los sanitarios que han participado: El 100% contestaron estar muy satisfechos con el resultado de la actividad.

Estos resultados se han puesto en conocimiento del equipo de mejora, estando todos de acuerdo en la continuidad del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Proyecto se ha mostrado eficaz en el objetivo planteado que ha sido la formación del personal docente en la atención sanitaria del alumnado con asma.

Este proyecto se presentó en las Jornadas de Calidad del Salud del año 2019.

En principio, se trataba de una experiencia piloto, pero dado el buen resultado obtenido, se realiza esta memoria de seguimiento y se plantea continuidad del proyecto de calidad y extender la experiencia del taller al resto de centros educativos del Sector Zaragoza 1, para lo que nos pondremos en contacto con los Centros de Salud pertenecientes a nuestro Sector.

Se ha iniciado la toma de contacto con el Director del IES Tiempos Modernos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1448 ===== ***

Nº de registro: 1448

Título
EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA.FORMACION PARA EL USO ADECUADO DE INHALADORES Y MANEJO CRISIS AGUDA DEL PERSONAL NO SANITARIO

Autores:
LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL, MARTIN DE VICENTE CARLOS LUIS, MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES, TORNOS SIMON TERESA, GARCIA CASTELLANOS TERESA, ANDRES ZALLO LAURA, LORENTE RIVEROLA JUAN, MILLAN TARATIEL MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en edad pediátrica. Se calcula una prevalencia del 10% en España, lo que supone aproximadamente 800.00 niños entre 0 y 18 años.
En un centro educativo, la posibilidad de que el profesorado se vea en la necesidad de atender al alumnado con esta patología es alta. A este respecto se han elaborado instrucciones para regular la atención sanitaria no titulada en centros docentes de Aragón (Resolución 16 Marzo 2015 de la Dirección General de Ordenación Académica, Gerencia del SAS y Dirección de Salud Pública. Resolución Noviembre 2017 Dirección General de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACIÓN PAR EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

Innovación y Participación y Dirección General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón). Para poder prestar esta atención sanitaria, el personal docente debe recibir formación. En el caso del asma, las condiciones del colegio deben ser óptimas para evitar en lo posible la exposición a alérgenos, implantar pautas para la prevención del asma por ejercicio, identificar los signos de reagudización y adquirir habilidades prácticas en el manejo de inhaladores, dada la variedad de dispositivos existentes, cuyo uso hay que adaptarlo a la edad y características del paciente (Dispositivos de inhalación. El Pediatra de Atención Primaria y los dispositivos de inhalación. Documentos técnicos del GVR . Disponible en: <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>)
La Zona Básica de Salud del Actur Oeste atiende a una población de 16.000-17.000 personas, de las que el 20% es menor de 15 años . La colaboración del personal sanitario del Equipo de Atención Primaria es importante en la formación de los docentes de los Centros educativos situados en su Zona de Salud. Asimismo, es fundamental la coordinación de niveles asistenciales Primaria y Especializada, para el manejo adecuado de esta patología crónica.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Formación del personal docente de los centros escolares del Area Básica de Salud en la atención sanitaria del alumnado con asma.
 - Prevención: Centro Escolar Amigo del Asma . Recomendaciones de la Sociedad de Neumología Pediátrica.
 - Manejo de dispositivos para administración de los fármacos.
 - Identificación de situaciones que requieran presencia de servicios sanitarios urgente
2. Objetivo secundario: Valorar satisfacción del personal docente. Incluir el Proyecto en la "Agenda Comunitaria de Actividades en Colegios".

MÉTODO

PLAN DE COMUNICACIÓN:

- 1.- Reunión del coordinador con el equipo para consensuar programa .
- 2.- Contacto del EAP, con los centros escolares, para fijar agenda.
- 3.- Solicitud de la autorización al Consejo Escolar

ACTIVIDADES A REALIZAR:

Se desplazarán al Centro Escolar, al menos dos miembros del Equipo de Mejora, un profesional médico y uno de enfermería.

La jornada educativa consistirá en :

- 1ª taller teórico dirigido a los docentes. Se pondrá a disposición del equipo docente el material multimedia utilizado. Una hora de duración.
 - 2ª taller práctico. Uso de inhaladores MDI, cámaras espaciadoras con y sin mascarilla y dispositivos de polvo seco, Easyhaler, Turbuhaler, Accuhaler, Novolizer. Una hora de duración.
- Al finalizar las intervenciones, se realizará una encuesta sobre los conocimientos adquiridos y la satisfacción de los docentes. Si el resultado muestra un resultado deficiente, inferior a 7 sobre 10, se realizará una segunda jornada formativa.
Reunión final del coordinador del Proyecto con los miembros del Equipo y análisis de resultados

INDICADORES

1. Número de Centros escolares participantes y registro de participantes en la jornada formativa.
2. * Indicadores de estructura:
 - Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos
3. * Indicadores de proceso:
 - Nº de colegios de la ZBS captados en el año académico x 100 / nº de colegios de la ZBS previstos captar en el año académico
4. - Nº de profesores que aceptan participar en el proyecto en el año académico x 100 / nº de profesores previstos captar en el año académico
- * Indicadores de resultado:
5. -Nº de profesores en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de encuestas de satisfacción en el profesorado completadas.
6. -Nº de sanitarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de sanitarios participantes

DURACIÓN

Reunión del coordinador con los miembros del proyecto y preparación material formativo Enero Mayo 2019
Contacto con equipos directivos de los centros escolares y fijar agenda: Enero Septiembre 2019
Desarrollo del programa en los centros escolares: Enero Diciembre 2019
Reunión final del coordinador con el equipo, evaluación del proyecto y realización de la Memoria : Diciembre 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACIÓN PAR EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

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 - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACION PARA EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL LOSTAL GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN DE VICENTE CARLOS LUIS
MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES
TORNOS SIMON TERESA
GARCIA CASTELLANOS TERESA
ANDRES ZALLO LAURA
LORENTE RIVEROLA JUAN
MILLAN TARATIEL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PLAN DE COMUNICACIÓN.

1. Se reunió el coordinador del proyecto, Dra Isabel Lostal Gracia, con los componentes del equipo de mejora, consensuando el programa.
2. En el Area Básica de Salud que corresponde al Centro de Salud Actur Oeste, se encuentra el Instituto de Educación Secundaria (IES) Elaios, en el Suroeste del Barrio de Actur, donde se imparte clase a alumnos de 1º a 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato.
También cercano al CS Actur Oeste, se encuentra el IES Miguel de Molinos. Aunque esa zona no pertenece al CS, debido a la proximidad, se incluyó dentro de las actividades a realizar.
Se contacto con los Directores de ambos Centros Educativos, fijando así la agenda para realizar la actividad formativa, objeto del proyecto.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

El Equipo de mejora ha realizado dos jornadas formativas, una en cada uno de los Institutos mencionados. Se describe a continuación el contenido de la formación:
A las 14 horas, se desplaza el equipo del proyecto de mejora al Centro Educativo, impartándose el taller en un aula con proyector y medios audiovisuales.

- Taller teórico:

Presentación apoyada con power point sobre el asma, síntomas, tratamiento y manejo de inhaladores para crisis agudas. Identificación de situaciones que requieren presencia urgente de servicios sanitarios.
La presentación había sido previamente preparada y consensuada por el equipo.
Fue impartida por la Dra . Teresa García Castellanos, en ese momento médico residente de pediatría en rotación por el Centro de Salud.
Duración 45 minutos

. Taller práctico:

Impartido por el personal de enfermería componente del equipo.
Se llevó para el taller el material que se utiliza para el tratamiento del asma, inhaladores y cámaras, y se explicó, las diferencias de manejo entre los diferentes dispositivos, MDI o polvo seco y el consejo de utilizar cámaras espaciadoras, incluso con mascarilla si no hay colaboración del niño, para que la medicación se deposite de forma adecuada en el pulmón.
Duración 30 minutos

Turno de preguntas:

Respondido por especialista en Pediatría y enfermería pediátrica.
Duración 30 minutos

. Información sobre Recomendaciones de la Sociedad de Neumología Pediátrica: Centro Escolar Amigo del Asma.

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS Y SATISFACCIÓN SOBRE EL ASMA

1. Síntomas que nos orientan hacia una crisis asmática GRAVE:

Labios/piel azulada
Pitidos y opresión torácica
Dificultad para respirar
Todas las anteriores

2. ¿Cuál es la vía más rápida y con menos efectos secundarios para administrar la medicación de rescate?

Intravenosa
Inhalada
Oral
Intramuscular

3. ¿ Ante 1 crisis de asma cual es la actuación más correcta?

Reposo + 4 puff de inhalador de rescate y no se debe repetir en ningún caso.
Reposo + avisar a familia y no administrar nada ya que podemos empeorar el cuadro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACION PARA EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

Reposo + 4 puff de inhalador de rescate + esperar 20 min + si no mejora repetir 4 puff + avisar a la familia
Siempre llamar al 061/112

4. ¿En cuánto a la técnica de inhalación, que opción es la incorrecta?
 - a. Destapar y agitar el inhalador antes de usar
 - b. Exhalar todo el aire antes de dar el puff e inhalar la medicación
 - c. Inhalar todo el aire antes de dar el puff y respirar la medicación
 - d. Aguantar respiración tras el puff
5. En relación al asma y el ejercicio, marque la opción correcta
 - a. Cuando aparece la crisis, dar la medicación de rescate y continuar con el ejercicio.
 - b. Si aparecen síntomas típicos de asma, se debe continuar con el ejercicio porque forma parte del calentamiento y la adaptación al ejercicio
 - c. Realizar precalentamiento y enfriamiento antes y después de ejercicio respectivamente
6. ¿Después de esta charla formativa, cree que ha mejorado sus nociones básicas sobre el asma y el manejo elemental?
 - a. SI
 - b. NO
7. ¿Cree que la charla se ha adaptado a las necesidades/dudas sobre el manejo del asma en el ámbito escolar?
SI. Tengo claro el manejo básico
Regular
Muy poco claro
Nada; no se qué es el asma ni un inhalador y menos usarlo
8. ¿Se ve capaz de dar la medicación de rescate ante 1 crisis asmática?
 - a. Si
 - b. No
9. ¿Cree qué es útil esta charla para el manejo del asma en el ámbito escolar?
Muy útil
Bastante útil
Poco útil
Nada útil
10. En cuanto a la atención al niño asmático en el ámbito escolar, ¿es una situación?:
Frecuente
Durante educación física únicamente
Ocasionalmente he tenido que administrar medicación o llamar a la familia
Nunca he tenido que administrar medicación de rescate

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

escolar, el 79% nunca habían tenido que administrar medicación de rescate, el 15% lo había 1. Numero de Centro Escolares: 2
Participantes en la jornada formativa: 35 docentes en el IES Elaios y 12 docentes en el IES Miguel Molinos (informó el director que habían tenido problemas de agenda en el último momento lo que explicaba la baja participación)

2. Indicadores de estructura:

Número de profesionales que participan x 100/número de profesionales docentes del centro escolar Elaios= $35 \times 100/63 = 55\%$.

Nº Profesionales x 100/número de profesionales docentes del centro escolar Miguel Molinos: $12 \times 100/59 = 19\%$

3. Indicadores de proceso:

Número de colegio de la ZBS captados en el año x 100/ Número de colegios previstos captar el año académico
 $2 \times 100/2 = 100\%$

4. Indicadores de resultado

Al terminar el taller se realiza encuesta de satisfacción que es contestada por 19 de los 35 docentes que asistieron en el IES Elaios y por 8 de los 12 que asistieron en el caso del IES Miguel de Molinos.

- Satisfacción general con el proyecto, según encuesta contestada por el profesorado

El 89% contesta que el taller se había adaptado a las necesidades y dudas sobre el manejo del asma en el ámbito escolar y el 95% consideraron el taller recibido como muy útil o bastante útil para manejar el asma en el ámbito escolar

A continuación, se exponen la totalidad de los resultados de la encuesta en el caso del IES Elaios. No se ha realizado la estadística en el caso del IES Miguel de Molinos, al disponer sólo de 8 encuestas y no considerarlo número representativo.

1. El 84% identificaron adecuadamente los síntomas de una crisis grave
2. El 100% identificaron la vía inhalatoria como la más adecuada
3. El 79% identificaron la actuación correcta en una crisis de asma
4. El 60% conocían bien la técnica de inhalación, 30% mostraron algún error en su realización.
5. En relación con el asma por ejercicio, 30% contestaron correctamente, 36% sin embargo, contestaron que, en el caso de que presenten crisis de asma durante el ejercicio, se puede dar medicación de rescate y continuar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACION PARA EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

con el ejercicio.

6. El 100% contestaron que tras el taller había mejorado sus conocimientos y manejo del asma

7. El 89% contesta que el taller se ha adaptado a las necesidades y dudas sobre el manejo del asma en el ámbito escolar

8. El 100% se ve capaz de administrar la medicación en una crisis de asma

9. El 95% consideraron el taller recibido como muy útil o bastante útil para manejar el asma en el ámbito escolar

10. En relación a la pregunta, si habían tenido que atender a un niño asmático en el ámbito escolar, el 79% nunca

habían tenido que administrar medicación de rescate, el 15% lo había 1. Numero de Centro Escolares: 2

hecho ocasionalmente y 5%, le había ocurrido durante la clase de educación física. hecho ocasionalmente y 5%, le había ocurrido durante la clase de educación física.

- Satisfacción general con el proyecto por parte de los sanitarios que han participado: El 100% contestaron estar muy satisfechos con el resultado de la actividad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Proyecto se ha mostrado eficaz en el objetivo planteado que ha sido la formación del personal docente en la atención sanitaria del alumnado con asma.

Se trataba de una experiencia piloto, pero dado el buen resultado obtenido, se realiza esta memoria de seguimiento y se plantea continuidad del proyecto de calidad y extender la experiencia del taller al resto de centros educativos del Sector Zaragoza 1, para lo que nos pondremos en contacto con los Centros de Salud pertenecientes a nuestro Sector.

Se ha iniciado la toma de contacto con el Director del IES Tiempos Modernos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1448 ===== ***

Nº de registro: 1448

Título
EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA.FORMACION PARA EL USO ADECUADO DE INHALADORES Y MANEJO CRISIS AGUDA DEL PERSONAL NO SANITARIO

Autores:
LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL, MARTIN DE VICENTE CARLOS LUIS, MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES, TORNOS SIMON TERESA, GARCIA CASTELLANOS TERESA, ANDRES ZALLO LAURA, LORENTE RIVEROLA JUAN, MILLAN TARATIEL MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Niños

Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en edad pediátrica. Se calcula una prevalencia del 10% en España, lo que supone aproximadamente 800.00 niños entre 0 y 18 años.

En un centro educativo, la posibilidad de que el profesorado se vea en la necesidad de atender al alumnado con esta patología es alta. A este respecto se han elaborado instrucciones para regular la atención sanitaria no titulada en centros docentes de Aragón (Resolución 16 Marzo 2015 de la Dirección General de Ordenación Académica, Gerencia del SAS y Dirección de Salud Pública. Resolución Noviembre 2017 Dirección General de Innovación y Participación y Dirección General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón).

Para poder prestar esta atención sanitaria, el personal docente debe recibir formación. En el caso del asma, las condiciones del colegio deben ser óptimas para evitar en lo posible la exposición a alérgenos, implantar pautas para la prevención del asma por ejercicio, identificar los signos de reagudización y adquirir habilidades prácticas en el manejo de inhaladores, dada la variedad de dispositivos existentes, cuyo uso hay que adaptarlo a la edad y características del paciente (Dispositivos de inhalación. El Pediatra de Atención Primaria y los dispositivos de inhalación. Documentos técnicos del GVR . Disponible en:

<http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>)

La Zona Básica de Salud del Actur Oeste atiende a una población de 16.000-17.000 personas, de las que el 20%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACION PARA EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

es menor de 15 años . La colaboración del personal sanitario del Equipo de Atención Primaria es importante en la formación de los docentes de los Centros educativos situados en su Zona de Salud. Asimismo, es fundamental la coordinación de niveles asistenciales Primaria y Especializada, para el manejo adecuado de esta patología crónica.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Formación del personal docente de los centros escolares del Area Básica de Salud en la atención sanitaria del alumnado con asma.
 - Prevención: Centro Escolar Amigo del Asma . Recomendaciones de la Sociedad de Neumología Pediátrica.
 - Manejo de dispositivos para administración de los fármacos.
 - Identificación de situaciones que requieren presencia de servicios sanitarios urgente
2. Objetivo secundario: Valorar satisfacción del personal docente. Incluir el Proyecto en la "Agenda Comunitaria de Actividades en Colegios".

MÉTODO

PLAN DE COMUNICACIÓN:

- 1.- Reunión del coordinador con el equipo para consensuar programa .
- 2.- Contacto del EAP, con los centros escolares, para fijar agenda.
- 3.- Solicitud de la autorización al Consejo Escolar

ACTIVIDADES A REALIZAR:

Se desplazarán al Centro Escolar, al menos dos miembros del Equipo de Mejora, un profesional médico y uno de enfermería.

La jornada educativa consistirá en :

1ª taller teórico dirigido a los docentes. Se pondrá a disposición del equipo docente el material multimedia utilizado. Una hora de duración.

2ª taller práctico. Uso de inhaladores MDI, cámaras espaciadoras con y sin mascarilla y dispositivos de polvo seco, Easyhaler, Turbuhaler, Accuhaler, Novolizer. Una hora de duración.

Al finalizar las intervenciones, se realizará una encuesta sobre los conocimientos adquiridos y la satisfacción de los docentes. Si el resultado muestra un resultado deficiente, inferior a 7 sobre 10, se realizará una segunda jornada formativa.

Reunión final del coordinador del Proyecto con los miembros del Equipo y análisis de resultados

INDICADORES

1. Número de Centros escolares participantes y registro de participantes en la jornada formativa.
2. * Indicadores de estructura:
 - N° de profesionales que participan en las sesiones x 100 / n° de profesionales participantes en el programa previstos
3. * Indicadores de proceso:
 - N° de colegios de la ZBS captados en el año académico x 100 / n° de colegios de la ZBS previstos captar en el año académico
4. - N° de profesores que aceptan participar en el proyecto en el año académico x 100 / n° de profesores previstos captar en el año académico
5. * Indicadores de resultado:
 - N° de profesores en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de encuestas de satisfacción en el profesorado completadas.
6. -N° de sanitarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de sanitarios participantes

DURACIÓN

Reunión del coordinador con los miembros del proyecto y preparación material formativo Enero Mayo 2019

Contacto con equipos directivos de los centros escolares y fijar agenda: Enero Septiembre 2019

Desarrollo del programa en los centros escolares: Enero Diciembre 2019

Reunión final del coordinador con el equipo, evaluación del proyecto y realización de la Memoria : Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0580

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA REDUCCIÓN DE LA TASA DE INCOMPARECENCIA DE PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA COMELLA DORDA
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON CANO BELEN
ANDRES PELEGRIN SARA
LAHUERTA JARQUE MARIA AMPARO
CASAS MORAGA MARIA LUISA
ALEBESQUE CORTES SILVIA
ARAKISTAIN MARKINA MIRIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-15 marzo 2019: conformación del grupo de trabajo con los profesionales de fisioterapia implicados y coordinación de los componentes del proyecto.
-20 marzo 2019: diseño de la hoja informativa para entregar a los pacientes.
-3 junio 2019: reuniones informativas a las unidades de admisión de los centros de salud y comienzo de la entrega de las hojas a los pacientes por parte de dichas unidades de admisión.
-15 enero 2020: reunión de seguimiento del proyecto. Puesta en contacto con las unidades de información del sector 1 para recabar los datos necesarios.
-21 enero 2020: reunión con Técnico de Salud de Atención Primaria para consultar dudas sobre la elaboración del proyecto.

Comunicación continuada con las unidades de admisión para recordar la entrega de la hoja informativa a los pacientes en el momento de ser citados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No podemos en estos momentos comunicar ningún resultado ya que se trata de un proyecto que continúa y no disponemos de los datos sobre indicadores y evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El indicador principal de este proyecto es el porcentaje de pacientes que no acuden a la primera consulta de fisioterapia.
Este dato lo deberemos recabar desde nuestras agendas personales en OMI.

7. OBSERVACIONES.
Vamos a realizar una modificación de la pertinencia, objetivos e indicadores del proyecto previamente presentado, no alterando el objetivo principal; con lo cual haremos un replanteamiento de las conclusiones en la memoria final.

PERTINENCIA DEL PROYECTO:
Constatamos en nuestros servicios de fisioterapia que un porcentaje no menor de pacientes no acude a consulta de fisioterapia de primer día.
Las consecuencias de la incomparecencia de estos pacientes son:
-Tiempo perdido en la consulta.
-Aumento de la lista de espera para primera consulta ya que estos pacientes que no acuden a una primera cita solicitan en admisión una nueva cita (con o sin nuevo volante del médico prescriptor).

OBJETIVOS:
El objetivo principal del proyecto es disminuir la incomparecencia a la consulta de primer día, con lo que prevemos reducir la lista de espera para la primera consulta de fisioterapia.
El objetivo secundario es dar a conocer a los pacientes el funcionamiento de la primera consulta y del servicio de fisioterapia.

INDICADORES:
-Porcentaje de pacientes que no acuden a la primera consulta de fisioterapia. Queremos comparar estos porcentajes con intervalos de tiempo de 4 meses (mayo - agosto 2019, septiembre - diciembre 2019 y enero - abril 2020).

-Número de días de lista de espera para primera consulta de fisioterapia al inicio y al final de este proyecto.

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO:
-Fecha inicio: 15 de marzo 2019
-Fecha final: 30 de abril 2020

RECURSOS NECESARIOS:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0580

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA REDUCCIÓN DE LA TASA DE INCOMPARECENCIA DE PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA

- Elaboración de una hoja informativa que se entrega al paciente en el momento de ser citado. Dicha hoja informa al paciente de que debe acudir a su cita y hora indicados y la necesidad de anular dicha cita con suficiente antelación si no puede acudir o ya no la necesita. Además se proporciona el teléfono y dirección del centro para poder anular la consulta.
- Así mismo la hoja informativa explica el funcionamiento de la primera consulta y del servicio de fisioterapia en Atención Primaria.
- Fotocopiadora.
- Colaboración de las unidades de admisión de los centros.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/580 ===== ***

Nº de registro: 0580

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA REDUCCION DE LA TASA DE INCOMPARECENCIA DE PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA

Autores:
COMELLA DORDA MARTA, GASCON CANO BELEN, ANDRES PELEGRIN SARA, LAHUERTA JARQUE MARIA AMPARO, CASAS MORAGA MARIA LUISA, ALEBESQUE CORTES SILVIA, ARAKISTAIN MARKINA MIRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ausencia injustificada de pacientes citados a primera consulta de fisioterapia, primer día.
Desconocimiento del paciente del funcionamiento de la unidad de fisioterapia y de la 1ª consulta de fisioterapia.
Desconocimiento de los médicos que derivan del funcionamiento de la 1ª consulta de fisioterapia y de la importancia de la derivación adecuada de los protocolos.

Que efectos tiene y sobre quien:
-Aumento de la lista de espera de fisioterapia.
-Insatisfacción de la población por el tiempo de espera para la primera consulta.
-Tiempo perdido en la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocimiento del paciente del funcionamiento de la 1ª consulta y de la Unidad.
Conocimiento del médico derivador del contenido de la primera consulta y de la derivación adecuada.
Disminución lista de espera.
Disminución de las ausencias a la consulta de primer día.

MÉTODO
Presentación a los médicos de hoja informativa que se entregará al paciente derivado a fisioterapia.
Hoja informativa para dar al paciente que es derivado a fisioterapia con información de la primera consulta y del funcionamiento.

INDICADORES
Indicadores:
-Número de hojas entregadas a los pacientes.
-Número de pacientes que fallan a la primera consulta de fisioterapia.
-Número de días que ha disminuido la lista de espera para la primera consulta de fisioterapia.

DURACIÓN
Fecha inicio: 15 marzo 2019
Fecha final: 15 marzo 2020

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0580

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA REDUCCIÓN DE LA TASA DE INCOMPARECENCIA DE PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0487

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACION DE LOS PADRES

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR NAVALES BELTRAN
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SIMON SIMON ISABEL
BERNAL CARRION EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- SE PREPARÓ FOLLETO INFORMATIVO Y MOTIVADOR CON PAUTAS DE HIGIENE BUCODENTAL, ALIMENTACIÓN, JUEGOS Y LO MÁS IMPORTANTE 6 HOJAS (1 HOJA POR MES) PARA RELLENAR POR LOS NIÑOS/NIÑAS CUANDO SE CEPILLEN LOS DIENTES DESPUÉS DE CADA COMIDA. SE HA ENTREGADO DESDE FEBRERO A JUNIO (5 MESES).
- SE PREPARARON 2 POWER POINT DIFERENTES COMO APOYO VISUAL PARA REALIZAR CHARLAS A LOS PADRE/MADRES.
- SE REALIZÓ DIPLOMA PARA ENTREGAR A LOS NIÑOS/NIÑAS CUANDO NOS DEVUELVAN EL FOLLETO RELLENADO.
- SE PREPARÓ TRIPTICO INFORMATIVO PARA ENTREGAR A LOS PADRES/MADRES DESPUÉS DE ACUDIR A LAS CHARLAS.
- SE ORGANIZARON 3 CHARLAS CON DIFERENTES MATRONAS DEL SECTOR PARA INFORMAR DEL PROYECTO Y PROGRAMAR LAS CHARLAS.
- SE REALIZARON REVISIONES BUCODENTES Y PROFILAXIS DE LA CARIES A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE CUBETAS DE FLÚOR A LOS NIÑOS/NIÑAS CADA 6 MESES.
- SE DESARROLLARON 7 CHARLAS A LO LARGO DEL AÑO PARA LOS PADRES O MADRES. DEBIDO AL CAMBIO DE MATRONAS HUBO QUE VOLVER A REUNIRSE CON ELLAS Y SE EMPEZÓ TARDE.
- SE HA REALIZADO UN ESTUDIO DEL N° DE CARIES EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA.
- SE COMENTA EN EL GRUPO DE ATENCIÓN COMUNITARIA DEL CENTRO.
- PRESENTACIÓN, DESARROLLO Y DEFENSA DEL PROYECTO EN EL SEMINARIO CIENTÍFICO DEL HIGIENISTA DENTAL EN ODONTOLOGÍA COMUNITARIA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- DE 667 NIÑOS/NIÑAS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EN EL AÑO 2019, SE ENTREGARON 273 FOLLETOS A NIÑOS/NIÑAS ENTRE 5 Y 8 AÑOS.
- SE REALIZARON 474 PROFILAXIS DE LA CARIES POR MEDIO DE LA APLICACIÓN DE CUBETAS DE FLÚOR A LO LARGO DEL AÑO.
- A LAS 3 CHARLAS ORGANIZADAS PARA PADRES/MADRES DE NIÑOS ENTRE 0 Y 5 AÑOS, ACUDIERON 35 PADRES O MADRES EN TOTAL.
- DEL ESTUDIO REALIZADO PARA VALORAR EL N° DE CARIES EN LOS NIÑOS/NIÑAS ATENDIDOS EN LA CONSULTA, SE OBSERVA UN GRAN PORCENTAJE DE CARIES EN DENTICIÓN TEMPORAL.
- A LAS 4 CHARLAS ORGANIZADAS PARA PADRES/MADRES DE NIÑOS ENTRE 5 Y 8 AÑOS, ACUDIERON 195 PADRES O MADRES EN TOTAL.
- PRESENTACIÓN, DESARROLLO Y DEFENSA DEL PROYECTO EN EL SEMINARIO CIENTÍFICO DEL HIGIENISTA DENTAL EN ODONTOLOGÍA COMUNITARIA CON LA ASISTENCIA DE 120 HIGIENISTAS Y DENTISTAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LAS CHARLAS PARA LOS PADRES HAN TENIDO BUENA ACOGIDA, AUNQUE SE PRETENDE ORGANIZARSE MEJOR CON LAS MATRONAS PARA COMENZAR A IMPARTIRLAS A PRINCIPIOS DE AÑO.
LOS FOLLETOS PARA RELLENAR, SEGÚN NOS HAN COMENTADO MUCHOS PADRES, SE HAN PERDIDO DURANTE LOS VIAJES DEL PERÍODO VACACIONAL. SE VALORARÁ LA OPCIÓN DE RELLENAR SÓLO 4 MESES EN LUGAR DE LOS 6 DE ESTE AÑO.
DEBIDO AL GRAN PORCENTAJE DE CARIES OBSERVADO EN LOS NIÑOS/NIÑAS ATENDIDOS EN CONSULTA (14% EN DENTICIÓN DEFINITIVA Y 36'5% EN DENTICIÓN TEMPORAL) SE CREE PERTINENTE LA SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO AUNQUE CAMBIANDO E INTENTANDO MEJORAR ALGUNAS COSAS. EN AÑOS POSTERIORES SE ENTREGARÁ FOLLETO SÓLO A LOS NIÑOS/NIÑAS DE 5-6 AÑOS, YA QUE MÁS MAYORES LO HAN RECIBIDO ESTE AÑO. IGUALMENTE, LAS CHARLAS SERÁN PARA LOS PADRES/MADRES DE NIÑOS/NIÑAS DE 5-6 AÑOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/487 ===== ***

Nº de registro: 0487

Título
EDUCACION PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACION DE LOS PADRES

Autores:
NAVALES BELTRAN MARIA PILAR, SIMON SIMON ISABEL, BERNAL CARRION EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0487

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACION DE LOS PADRES

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SALUD BUCODENTAL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DESDE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL ACTUR OESTE, SE HA OBSERVADO LA MALA SALUD DENTAL DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA, CON UN ALTO ÍNDICE TANTO *cod* COMO *CAOD*.
SEGÚN EL ATLAS DE LA SALUD BUCODENTAL PRESENTADO EN EL 2016 POR EL CONSEJO DE DENTISTAS, EN ESPAÑA 1'8 MILLONES DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 12 AÑOS TIENEN CARIES EN DENTICIÓN TEMPORAL.
SEGÚN EL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS EN 2017 LA CARIES AFECTABA AL 33% DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN ESPAÑA. POR LO QUE SE ESTIMA QUE ES PRIMORDIAL FOMENTAR UNOS CORRECTOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE UNA MANERA SENCILLA PERO CONSTANTE.

RESULTADOS ESPERADOS
FOMENTAR UNOS CORRECTOS HÁBITOS DE SALUD BUCODENTAL. MEJORAR LA CALIDAD DE LA SALUD BUCODENTAL DE LOS NIÑOS. INVOLUCRAR A LOS PADRES Y MADRES EN EL CUIDADO DE LA SALUD BUCODENTAL DE SUS HIJOS E HIJAS. PROMOCIONAR LA SALUD BUCODENTAL Y LA ALIMENTACIÓN NO CARIOGÉNICA.
POBLACIÓN DIANA: NIÑOS DE 0 A 13 AÑOS DE AMBOS SEXOS Y ADULTOS.

MÉTODO
1. CHARLA INFORMATIVA PARA LOS PADRES SOBRE: EVOLUCIÓN DENTAL EN LOS NIÑOS. PROBLEMAS MÁS COMUNES EN LA ERUPCIÓN DENTAL. CARIES DENTAL. MEDIDAS DIETÉTICAS. TÉCNICAS DE CEPILLADO E HIGIENE ORAL.
2. DIAGNÓSTICO TEMPRANO CON REVISIONES DE LOS NIÑOS EN EL GABINETE BUCODENTAL CADA 6 MESES.
3. PROFILAXIS DE LA CARIES A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE CUBETAS DE FLÚOR TÓPICO CADA 6 MESES EN EL GABINETE DENTAL.
4. FOLLETO EXPLICATIVO Y MOTIVADOR CON PAUTAS DE HIGIENE BUCODENTAL, ALIMENTACIÓN Y JUEGOS QUE SE ENTREGARÁ A LOS NIÑOS QUE ACUDAN A CONSULTA POR PRIMERA VEZ.
5. ENTREGA DE DIPLOMA A LOS NIÑOS TRÁS LA RECOGIDA DE LOS FOLLETOS RELLENADOS.

INDICADORES
LA EVALUACIÓN SE REALIZARÁ A TRAVÉS DE LA ASISTENCIA A LAS CHARLAS POR PARTE DE LOS PADRES Y EL ESTUDIO DE LOS FOLLETOS UNOS VEZ RELLENADOS.

DURACIÓN
12 MESES (DE ENERO A DICIEMBRE) PRORROGABLE

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 - 2019/0809

1. TÍTULO

HIGIENE BUCODENTAL Y EDUCACION PARA LA SALUD EN GESTANTES

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL SIMON SIMON
· Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVALES BELTRAN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISIONES BUCODENTALES A GESTANTES EN LE GABINETE DE SALUD BUCODENTAL EN EL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH, REALIZADAS POR LA DOCTORA.
APLICACIÓN PROFILÁCTICA DE CUBETAS DE FLÚOR TÓPICO A TODAS LAS GESTANTES QUE ACUDIERON A REVISIÓN. REALIZADA POR LA HIGIENISTA BUCODENTAL.
SE PREPARÓ POWER POINT COMO APOYO VISUAL PARA LAS CHARLAS SOBRE LOS CAMBIOS ORALES EN LAS GESTANTES, TÉCNICAS DE CEPILLADO E HIGIENE ORAL, MEDIDAS DIETÉTICAS Y ACTITUD ANTE LA PRESENCIA DE PATOLOGÍA ORAL.
SE PREPARÓ TRÍPTICO INFORMATIVO PARA ENTREGAR A LAS GESTANTES AL CONCLUIR LAS CHARLAS DADAS EN EL CENTRO DE SALUD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ACUDIERON 7 GESTANTES A LA CHARLA INFORMATIVA.
ACUDIERON 13 GESTANTES A LAS REVISIONES Y PROFILAXIS CON FLÚOR EN EL GABINETE DENTAL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LAS CHARLAS REALIZADAS CON EL APOYO DEL POWER POINT HAN RESULTADO MUY EFECTIVAS YA QUE HABÍA DESCONOCIMIENTO POR PARTE DE LAS GESTANTES DE ALGUNOS TEMAS TRATADOS EN LA CHARLA.
EL TRÍPTICO INFORMATIVO FUÉ VALORADO POSITIVAMENTE POR PARTE DE LAS GESTANTES COMO APOYO POSTERIOR.
SE HA OBSERVADO EN LAS REVISIONES DE SALUD BUCODENTAL UN BUEN ESTADO DE SALUD ORAL DE LAS GESTANTES EN GENERAL (SALVO LA GINGIVITIS DEL EMBARAZO).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/809 ===== ***

Nº de registro: 0809

Título
HIGIENE BUCODENTAL Y EDUCACION PARA LA SALUD EN GESTANTES Y LACTANTES

Autores:
SIMON SIMON ISABEL, NAVALES BELTRAN MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Lactantes
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SALUD BUCODENTAL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE ACTUR OESTE HA DECIDIDO IMPLICARSE EN LA ELABORACIÓN DE UN PROYECTO PARA COLABORAR CON LA CONSULTA DE LAS MATRONAS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS EMBARAZADAS, MEJORANDO ASÍ LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE.
ESTÁ DEMOSTRADO QUE LA GINGIVITIS DEL EMBARAZO APARECE ENTRE EL 60-75% DE LAS EMBARAZADAS. LAS NAUSEAS Y VÓMITOS ENTRE EL 75-80%, ASÍ MISMO SE HA OBSERVADO QUE LA CARIES AFECTA AL 33% DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. POR LO QUE DESDE ESTA UNIDAD SE DECIDE FOMENTAR UNA CORRECTA SALUD BUCODENTAL EN LOS NIÑOS HACIENDO PARTICIPES A LAS MADRES.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0809

1. TÍTULO

HIGIENE BUCODENTAL Y EDUCACION PARA LA SALUD EN GESTANTES

MEJORAR LA PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN PRESTADA, A TRAVÉS DE LA MEJORA EN LA INFORMACIÓN A LAS GESTANTES ACERCA DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PUEDEN OCURRIR DURANTE EL EMBARAZO. PROMOVER LA SALUD BUCODENTAL, LA ALIMENTACIÓN NO CARIOGÉNICA Y LA HIGIENE ORAL ENTRE LAS GESTANTES DEL SECTOR. FOMENTAR LA HIGIENE ORAL EN EL LACTANTE Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS HACIENDO PARTÍCIPE A LOS PROGENITORES.

MÉTODO

CHARLAS INFORMATIVAS (POWER POINT) SOBRE: CAMBIOS ORALES EN LA GESTANTE. TÉCNICA DE CEPILLADO E HIGIENE ORAL. MEDIDAS DIETÉTICAS. ACTITUD ANTE LA PRESENCIA DE PATOLOGÍA ORAL. ENTREGA DE TRÍPTICOS INFORMATIVOS SOBRE HIGIENE ORAL.

CHARLAS INFORMATIVAS (POWER POINT) SOBRE: ERUPCIÓN DENTAL. TRAUMATISMOS DENTALES. MALFORMACIONES DENTALES. ALIMENTACIÓN NO CARIOGÉNICA. TÉCNICA DE CEPILLADO. ENTREGA DE TRÍPTICO INFORMATIVO SOBRE HIGIENE ORAL EN LOS NIÑOS.

PARA LLEVAR A CABO ESTAS ACTIVIDADES LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL PROPONE RESERVAR SESIONES EN EL CENTRO PARA QUE LAS GESTANTES PUEDAN ASISTIR A LAS CHARLAS.

REVISIONES DE LA CAVIDAD ORAL DE LAS GESTANTES EN EL GABINETE Y FLUORIZACIONES.

INDICADORES

LA EVALUACIÓN SE REALIZARÁ A TRAVÉS DE LA VALORACIÓN DE LA DEMANDA DE LAS ACTIVIDADES.

LA EVALUACIÓN SE REALIZARÁ A TRAVÉS DE LA DEMANDA DE LAS REVISIONES EN EL GABINETE.

DURACIÓN

12 MESES PRORROGABLE

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 - 2019/0924

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL PARA EMBARAZADAS

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE EVA BERNAL CARRION
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS ACTUR SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAN JUAN SARALEGUI MARIA
PASCUAL PELEGRIN LAURA
BERLANGA MUÑOZ CONCEPCION
SANCHEZ GIMENO JAVIER
LOPEZ LAHOZ MARIA PILAR
MARZO GARCIA MARIA LUISA
AVILA ESTEBAN MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Actividades y cambios realizados

Hasta Noviembre de 2018, en el CS Actur Sur no se realizaba ninguna actividad específica de salud bucodental para embarazadas. Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la mujer durante este periodo fisiológico, y la existencia de este tipo de actividades en otros centros del sector, se decidió poner en marcha este proyecto de mejora.

Se realizaron:

Sesiones informativas al personal del centro para explicar la implantación del proyecto y las vías de derivación.

Talleres. Se coordinó nuestra actividad con los grupos de educación maternal creados por la matrona. En esos talleres la higienista imparte los siguientes contenidos: power point con información sobre prevención, síntomas habituales durante el embarazo, importancia del cepillado y como realizar la técnica adecuadamente, resolución de dudas sobre la materia, incluyendo preguntas de odontopediatría...

Revisiones: en estas se incluye odontograma, medida de grado de hiperestesia, gingivitis o periodontitis, registro de ATM (articulación temporo mandibular). Encuesta sobre hábitos higiénico dietéticos y evolución del embarazo. Se enseñan técnicas de higiene oral. Fluorizaciones tópicas con cubetas de flúor. Se pauta el tratamiento indicado según la patología y se indica que deben acudir a la siguiente revisión. Se valora también la necesidad de añadir alguna visita adicional según el estado bucal.

Fluorizaciones con cubetas de flúor tópicas.

Se estableció un periodo de implantación de actividades y recogida de datos desde noviembre 2018 hasta Diciembre de 2019. A finales de Diciembre 2019 se realizó el análisis de los datos obtenidos. El cronograma se ha cumplido según el orden y tiempo establecidos.

Se decide dar continuidad al proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Indicadores para la evaluación

Se establecieron los siguientes indicadores:

- Número de charlas y talleres realizados: 3 talleres para embarazadas en las siguientes fechas 30/11/18, 22/03/19 y 21/05/19. Una charla a los compañeros del centro el 26/09/19. A los talleres para embarazadas acudieron un total de 20 mujeres, es decir, el 20% de la población diana.

- Número de pacientes derivadas correctamente. Durante el periodo establecido, en el CS Actur Sur, se creó episodio de embarazo a un total de 115 mujeres. De ellas, 3 fueron falsos positivos, 7 llevaron seguimiento por sanidad privada y 5 sufrieron aborto. Tras descartar estos casos, la población diana resultante fue de 100 embarazadas.

En total, 48 mujeres han acudido a revisiones, es decir, el 48% del total de población diana. 48 mujeres han recibido tratamiento con cubeta de flúor, es decir, el 48% de la población diana, y esto implica que el 100% de las mujeres que han acudido a revisión han precisado fluorización. En total se han realizado 64 revisiones (que resultan de la suma de primeras, segundas y terceras revisiones).

- Número de pacientes que precisan más de 2 revisiones según los criterios de gingivitis, sangrado o hiperestesia. Sólo 3 de las embarazadas que utilizaron el servicio precisaron una tercera revisión por presentar gingivitis, es decir, un 3% del total de la muestra, y un 6,25% del total de embarazadas atendidas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Resultados alcanzados, lecciones aprendidas y aspectos que han quedado pendientes:

Tras analizar los datos, llegamos a la conclusión de que la implantación del proyecto ha sido un éxito ya que hemos conseguido implantar el proyecto y crear un nuevo servicio para los usuarios de nuestro centro. Cabe destacar la colaboración de los servicios de matrona, pediatría y atención continuada en la captación y derivación de embarazadas. Y aunque se detectan limitaciones en el número de pacientes derivadas, se establece como objetivo para próximos años el reforzar las líneas de trabajo con el personal del centro para que aumente el número de embarazadas derivadas desde todos los servicios del centro. También nos proponemos dar mayor visibilidad con el diseño de carteles informativos colocados en lugares estratégicos del centro (matrona, pediatría, admisión). Otros objetivos que nos proponemos son la creación de encuestas de satisfacción de las usuarias y la colaboración con otros centros cuyos pacientes tienen de referencia el servicio de Odontología de Actur Sur. Otro aspecto a tener en cuenta, es la posibilidad de crear huecos propios en la agenda de Odontología para este tipo de revisiones, de forma que estas puedan ser citadas por cualquier profesional del centro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0924

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL PARA EMBARAZADAS

En conclusión, se decide dar continuidad al proyecto en próximos años con la intención de mejorar el servicio y la atención sanitaria y odontológica a nuestra población diana.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/924 ===== ***

Nº de registro: 0924

Título
1441PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL PARA EMBARAZADAS

Autores:
BERNAL CARRION EVA MARIA, SAN JUAN SARALEGUI MARIA, PASCUAL PELEGRINA LAURA, BERLANGA MUÑOZ CONCEPCION, SANCHEZ GIMENO JAVIER, LOPEZ LAHOZ MARIA PILAR, MARZO GARCIA MARIA LUISA, AVILA ESTEBAN MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR SUR

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología: Enfermedades por los dientes/ encías / estructura que los soportan
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Prevención y Protección

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el embarazo las mujeres sufren importantes cambios hormonales que afectan directamente a la mucosa y al PH de la saliva. Esto ocasiona un desequilibrio en la flora de la cavidad oral que es aprovechado por el Biofilm en esa zona para producir daños (gingivitis, caries, periodontitis, desmineralización).
Hasta noviembre de 2018 en el C.S. Actur-Sur en este sector de la población no se llevaban a cabo revisiones bucodentales, actividades preventivas ni técnicas de aprendizaje en materia higiénico-dietética de la cavidad oral.
En otros Sectores del SALUD este tipo de acciones han sido muy bien acogidas. Por ello decidimos implantarlas en el Centro de Salud Actur-Sur.
Aprovechando las actividades grupales de preparación al parto y lactancia impartidas por la matrona, desde la Unidad de Salud Bucodental introducimos actividades y charlas de Educación y Salud Bucodental para la embarazada y el bebé.

RESULTADOS ESPERADOS
-Conseguir la mayor captación de pacientes ya que son derivadas directamente desde las consultas de la matrona y de Pediatría.
- Detectar precozmente la gingivitis en las embarazadas y disminuir el número de casos.
-Eliminar o minimizar la hiperestesia en la embarazada
-Enseñar a las embarazadas técnicas de higiene oral y hábitos higiénico- dietéticos saludables que serán instauradas con posterioridad en sus hijos gracias al "aprendizaje por imitación" que es uno de los mecanismos básicos de aprendizaje de cualquier persona.

MÉTODO
-Realizar como mínimo una revisión en la primera fase del embarazo y otra en el tercer trimestre del embarazo, valorando aumentar la periodicidad según estado patológico de la embarazada antes y después del parto
-Informar a la paciente del estado de su cavidad oral, así como las patologías presentes.
-Realizar fluorizaciones mediante aplicación de barniz de flúor desensibilizante.
-Remineralizar las piezas dentales afectadas debido a los cambios del pH de la saliva para evitar los molestos síntomas de la hiperestesia que presentan habitualmente.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0924

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL PARA EMBARAZADAS

-El seguimiento se realizará a través de la demanda de la actividad (número de charlas y talleres realizados)
-Número de pacientes derivadas correctamente
-Número de pacientes que precisan más de 2 revisiones según los criterios establecidos de gingivitis, sangrado o hiperestesia

DURACIÓN

Se establece de noviembre de 2018 a diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Las revisiones y aplicaciones de flúor las realizarán tanto el dentista como la higienista

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0952

1. TÍTULO

EDUCACIÓN EN RCP EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ALFREDO BELLOD FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALFAJARIN
· Localidad ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MURILO SALVADOR RAQUEL
CABREO CABORNERO AÑA ISABEL
BLASCO SELLES TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

2 reuniones con fecha 12 DE FEBREO Y 26 DE MARZO

Objetivos:

Concretar el contenido teórico

Elaboración del cuestionario bajo el formato de test de respuesta múltiple para cumplimentar antes y después de formación teórica

Elaboración de agenda con la dirección del colegio

Solicitud del material preciso a la unidad docente del sector I y Samfyc

Planificación:

Se coordina con el centro escolar la fecha de realización

Se realiza revisión bibliográfica de las actualizaciones en materia de RCP

Se establecen 2 partes diferenciadas en la actividad formativa.

Una primera de carácter teórico a desarrollar en 30 minutos máximo con participación activa de los alumnos.

Posteriormente se divide la clase en 4 grupos para el desarrollo de la parte práctica.

Realización de la actividad con fecha 30 DE MAYO DE 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realizamos una valoración muy positiva sobre los aspectos de colaboración entre el centro de salud y la comunidad educativa, reflejado tanto en el deseo de continuidad de la actividad como en la solicitud de hacerla extensible a cursos inferiores.

Destacar también la implicación e interés que mostraron los alumnos durante toda la formación, tanto en la parte teórica como en la práctica

Desde un punto de vista cuantitativo participaron en el proyecto 22 de los 23 alumnos inscritos en el centro en ese curso.

En relación al cuestionario en la totalidad de las preguntas se mejoró el conocimiento comparando el cuestionario pre-test con el post-test

Se alcanza un grado de conocimiento casi total (entre 19 y 21 alumnos) en preguntas que implican conceptos claves del manejo inicial de eventos, como la actuación ante una persona inconsciente, que no respira, un atragantado, una hemorragia, o la secuencia 30:2 de RCP en el adulto.

Preguntas que implican una cadena de actuación, presentan una mayor dificultad y a pesar de una mejoría tras la formación, solo entre la mitad y los dos tercios de respuestas posteriores son correctas.

Finalmente reflejar como una de las preguntas con menor progreso antes y después de la formación la que recoge el ritmo de RCP, manteniendo como respuesta correcta la mayoría de los niños en la secuencia de reanimación del adulto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad responde de forma satisfactoria a la necesidad en la comunidad de formación e implicación, en un tema, como es la emergencia extrahospitalaria, que es presenciada y atendida en primera instancia de forma mayoritaria por personal no sanitario.

Es una actividad con un mínimo coste económico y con una gran repercusión en la posibilidad de salvar vidas.

Es un elemento de participación y relación con la población, que se ha manifestado como una actividad satisfactoria tanto para los profesionales sanitarios implicados en su desarrollo como en los receptores de la misma

Cumple con la normativa de desarrollo e implantación del uso de desfibriladores en la CCAA de Aragón y con los planes de salud de implementar en los centros programas comunitarios.

Consideramos oportuno mantener esta actividad de forma anual con el fin de consolidar los conceptos y conocimientos adquiridos.

La evaluación continuada y crítica de nuestra formación, debe servir para mejorar la transmisión oral de conceptos, especialmente de aquellos que la experiencia nos marque como más deficitarios o difíciles de transmitir.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0952

1. TÍTULO

EDUCACIÓN EN RCP EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Este año terminamos el proyecto como proyecto calidad para pasar a ser actividad comunitaria en próximos años.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/952 ===== ***

Nº de registro: 0952

Título
EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Autores:
PUEYO VAL OLGA MARIA, CABRERO CABORNERO ANA ISABEL, MURILLO SALVADOR RAQUEL, BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
4. La mayoría de las situaciones que requieren atención urgente de RCP no se producen en contexto de atención sanitario. Con la nueva ley de la DGA de implementación de DESA en Aragón la población general debe recibir la pertinente formación para su conocimiento y uso.
5.

RESULTADOS ESPERADOS
En primer lugar dar a conocer la cadena de supervivencia y el uso del DESA en la población general.
En segundo lugar desarrollar actividades comunitarias de participación.

MÉTODO
Taller de RCP y uso de DESA dirigidos a : alumnado de 6º de primaria, AMPA y docentes del CEIP Briana de Luna de Alfajarín.
Utilizaremos material de la Unidad Docente del Sector I de Zaragoza de muñecos de simulación, DESA y dispositivos de ventilación.

INDICADORES
Se realiza un test de 5 preguntas previo y post actividad a los tres grupos mencionados anteriormente.
Encuesta de satisfacción tras realizar el taller.
Nivel de participación y compromiso de los grupos superior al 80%

DURACIÓN
Cada taller tendrá una duración de 90 minutos, 45de los cuales se dedican a realizar test previo y formación teórica resolviendo las dudas que surjan. En los siguientes 45 minutos se dividirán a los participantes en grupos de entre 6-8 personas para realizar de forma práctica lo aprendido.
Al acabar se pasará el test post-taller y la encuesta de satisfacción.,
1 sesión con alumnos de 6º primaria : mayo 2018
2ªsesión con claustro de profesores: junio 2018
3ªsesion con AMPA: septiembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0359

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARÍN

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL MURILLO SALVADOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALFAJARIN
· Localidad ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUCALON ARENAL JOSE MANUEL
BERNAD MARTIN JOSE LUIS
CABRERO CABORNERO ANA ISABEL
PEREZ ZARZA LEONOR
RAMOS GABILONDO OLGA
BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE
SOLANAS MUÑOZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diseño del proyecto: Diciembre 2018- Enero 2019. Creación de un equipo de trabajo para formular el diseño y puesta en marcha del proyecto. Se realizan varias reuniones en las que se reparten las funciones a cada componente del equipo y se comunican los avances realizados. Se realiza una revisión sistemática de otros documentos de acogida de otros centros de salud de nuestro sector (C.S. Actur Sur, C.S. Actur Norte, C.S. Amparo Poch, C.S. Parque Goya y C.S. La Jota)

Elaboración del proyecto: Febrero - Mayo 2019. Tras recopilar dicha información por parte de cada miembro del equipo y revisar la organización y estructura de nuestro centro de salud (tanto de la sede principal como de los consultorios locales) realizamos la elaboración del manual de acogida.

Evaluación: Junio 2019. El día 23 de Mayo 2019 realizamos una sesión (dentro del programa de formación 1º Semestre 2019 C.S. Alfajarín) al equipo del centro de salud para presentarles el proyecto. En esta sesión se analiza el contenido del mismo y se añaden y modifican una serie de puntos entre todos los componentes del equipo.

Finalización y Aprobación por parte de la Dirección del Sector: Agosto 2019. El día 31 de agosto de 2019 se envía a la Dirección del Sector el Manual de Acogida de Alfajarín.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Elaboración de un Manual de Acogida para el C.S. de Alfajarín y publicación del mismo en el servidor documental del Equipo.

-Cumplimiento de los objetivos del proyecto:

Disminuir la ansiedad, el temor, el estrés, etc. Que puede causar la falta de conocimientos al incorporarse a un nuevo puesto de trabajo.

Aumentar la satisfacción personal y la calidad de la asistencia sanitaria.

Favorecer el sentimiento de pertenencia al equipo y mejorar las relaciones con el mismo.

Cumplimiento de la normativa del Reglamento del EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este Manual ha sido valorado positivamente por todo el equipo dado que recoge la mayoría de información útil y práctica para el trabajo diario.

En el período de agosto a diciembre de 2019 se ha incorporado nuevo personal al equipo (sustituciones, traslados...) y se les ha enviado por correo electrónico el boceto de este manual diseñado. Dichos compañeros también lo valoraron positivamente y les sirvió como herramienta de apoyo para la adaptación en nuestro centro.

7. OBSERVACIONES.

Al ser un documento dinámico, queda pendiente de posteriores revisiones para ir actualizando datos. Así, se decide nombrar a un miembro del Equipo para realizar dicha función.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/359 ===== ***

Nº de registro: 0359

Título
ELABORACION DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN

Autores:
MURILLO SALVADOR RAQUEL, CUCALON ARENAL JOSE MANUEL, BERNAD MARTIN JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0359

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARÍN

Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: GESTIÓN DE RRHH
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: GESTIÓN RRHH

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dado que no existe en el centro de salud de Alfajarín un manual de acogida para los profesionales que se incorporan en dicho centro, se crea la necesidad de la realización de un documento propio donde se recogerá la información fundamental para la integración del personal en el nuevo puesto de trabajo y en el entorno laboral.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Profesionales de nueva incorporación en el C.S. Alfajarín y equipo sanitario actual.

Objetivos:

Disminuir la ansiedad, el temor, el estrés y la frustración que puede causar la falta de conocimientos al incorporarse en un nuevo puesto de trabajo.
Aumentar la satisfacción personal.
Favorecer el sentimiento de pertenencia al equipo y mejorar las relaciones con el mismo.
Aumentar la calidad de la asistencia sanitaria
Dar cumplimiento a la normativa del Reglamento de EAP.

MÉTODO

Reuniones del equipo sanitario de Nuez de Ebro, encargado de la realización de este programa, con el fin de elaborar el diseño, planificación y ejecución de la elaboración del documento de acogida.
Para ello se hace una revisión sistemática de otros documentos de acogida de otros centros de nuestro sector.
Se recopila toda la información precisa para la elaboración de dicho documento.
Se realiza una reunión de equipo para la valoración y evaluación de dicho documento.

INDICADORES

La evaluación será de forma cualitativa mediante una encuesta de satisfacción al conjunto de RRHH de este centro de salud y la final aprobación por la Dirección del Sector Sanitario.

DURACIÓN

Diseño del proyecto: Diciembre 2018-Enero 2019
Elaboración del proyecto: Febrero-Mayo 2019
Evaluación: Junio 2019
Finalización y Aprobación por parte de la Dirección del Sector: Julio-Agosto 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0359

1. TÍTULO

ELABORACION DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL MURILLO SALVADOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALFAJARIN
· Localidad ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUCALON ARENAL JOSE MANUEL
BERNAD MARTIN JOSE LUIS
CABRERO CABORNERO ANA ISABEL
PEREZ ZARZA LEONOR
RAMOS GABILONDO OLGA
BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE
SOLANAS MUÑOZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diseño del proyecto: Diciembre 2018- Enero 2019. Creación de un equipo de trabajo para formular el diseño y puesta en marcha del proyecto. Se realizan varias reuniones en las que se reparten las funciones a cada componente del equipo y se comunican los avances realizados. Se realiza una revisión sistemática de otros documentos de acogida de otros centros de salud de nuestro sector (C.S. Actur Sur, C.S. Actur Norte, C.S. Amparo Poch, C.S. Parque Goya y C.S. La Jota)

Elaboración del proyecto: Febrero - Mayo 2019. Tras recopilar dicha información por parte de cada miembro del equipo y revisar la organización y estructura de nuestro centro de salud (tanto de la sede principal como de los consultorios locales) realizamos la elaboración del manual de acogida.

Evaluación: Junio 2019. El día 23 de Mayo 2019 realizamos una sesión (dentro del programa de formación 1º Semestre 2019 C.S. Alfajarín) al equipo del centro de salud para presentarles el proyecto. En esta sesión se analiza el contenido del mismo y se añaden y modifican una serie de puntos entre todos los componentes del equipo.

Finalización y Aprobación por parte de la Dirección del Sector: Agosto 2019. El día 31 de agosto de 2019 se envía a la Dirección del Sector el Manual de Acogida de Alfajarín.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de un Manual de Acogida para el C.S. de Alfajarín y publicación del mismo en el servidor documental del Equipo.

Cumplimiento de los objetivos del proyecto:

Disminuir la ansiedad, el temor, el estrés, etc. Que puede causar la falta de conocimientos al incorporarse a un nuevo puesto de trabajo.

Aumentar la satisfacción personal y la calidad de la asistencia sanitaria.

Favorecer el sentimiento de pertenencia al equipo y mejorar las relaciones con el mismo.

Cumplimiento de la normativa del Reglamento del EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este Manual ha sido valorado positivamente por todo el equipo dado que recoge la mayoría de información útil y práctica para el trabajo diario.

En el período de agosto a diciembre de 2019 se ha incorporado nuevo personal al equipo (sustituciones, traslados...) y se les ha enviado por correo electrónico el boceto de este manual diseñado. Dichos compañeros también lo valoraron positivamente y les sirvió como herramienta de apoyo para la adaptación en nuestro centro.

7. OBSERVACIONES.

Al ser un documento dinámico, queda pendiente de posteriores revisiones para ir actualizando datos. Así, se decide nombrar a un miembro del Equipo para realizar dicha función.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/359 ===== ***

Nº de registro: 0359

Título
ELABORACION DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN

Autores:
MURILLO SALVADOR RAQUEL, CUCALON ARENAL JOSE MANUEL, BERNAD MARTIN JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0359

1. TÍTULO

ELABORACION DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN

Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: GESTIÓN DE RRHH
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: GESTIÓN RRHH

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado que no existe en el centro de salud de Alfajarín un manual de acogida para los profesionales que se incorporan en dicho centro, se crea la necesidad de la realización de un documento propio donde se recogerá la información fundamental para la integración del personal en el nuevo puesto de trabajo y en el entorno laboral.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Profesionales de nueva incorporación en el C.S. Alfajarín y equipo sanitario actual.
Objetivos:
Disminuir la ansiedad, el temor, el estrés y la frustración que puede causar la falta de conocimientos al incorporarse en un nuevo puesto de trabajo.
Aumentar la satisfacción personal.
Favorecer el sentimiento de pertenencia al equipo y mejorar las relaciones con el mismo.
Aumentar la calidad de la asistencia sanitaria
Dar cumplimiento a la normativa del Reglamento de EAP.

MÉTODO
Reuniones del equipo sanitario de Nuez de Ebro, encargado de la realización de este programa, con el fin de elaborar el diseño, planificación y ejecución de la elaboración del documento de acogida.
Para ello se hace una revisión sistemática de otros documentos de acogida de otros centros de nuestro sector.
Se recopila toda la información precisa para la elaboración de dicho documento.
Se realiza una reunión de equipo para la valoración y evaluación de dicho documento.

INDICADORES
La evaluación será de forma cualitativa mediante una encuesta de satisfacción al conjunto de RRHH de este centro de salud y la final aprobación por la Dirección del Sector Sanitario.

DURACIÓN
Diseño del proyecto: Diciembre 2018-Enero 2019
Elaboración del proyecto: Febrero-Mayo 2019
Evaluación: Junio 2019
Finalización y Aprobación por parte de la Dirección del Sector: Julio-Agosto 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0525

1. TÍTULO

SOBREPESO Y OBESIDAD EN PREADOLESCENTES DE 12 AÑOS: PREVALENCIA E INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE EVA MARIA NAVARRO SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALFAJARIN
· Localidad ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO ABAD MARIA TERESA
BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE
MURILLO SALVADOR RAQUEL
AGUILAR FLORDELIS PAULA
BLASCO TELLES TERESA
GARCIA LOBERA AURELIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la revisión de 12 años incluida en el programa del niño sano, se registra, en todos los preadolescentes, el peso, la talla y el perímetro de la cintura abdominal, para obtener los dos parámetros que se van a valorar: el índice de masa corporal (IMC) y el cociente cintura/talla (CCT), este último como mejor predictor de síndrome metabólico y riesgo cardiovascular.
A los pacientes cuyos parámetros se encuentren por encima del P 75 (sobrepeso) o del P 90 (obesidad), se les entrega por escrito un dossier de información sobre alimentación saludable, que previamente se ha elaborado por el equipo de pediatría. Igualmente se explica y se comenta creando un espacio para aclarar dudas o resolver preguntas. Se busca la implicación de los niños y sus familias. Posteriormente se les invita a acudir a la consulta pasados al menos 6 meses para un nuevo control de los mismos parámetros.
Nos encontramos todavía en fase de recogida de datos de primeras visitas, hasta el 29 de febrero de 2020, por lo tanto acabaremos de recoger los datos de segundas visitas de los últimos niños, al menos 6 meses después, es decir, a lo largo del tercer trimestre de 2020, cuando daremos por finalizado el proyecto.
Por supuesto una vez obtenidos y analizados los datos finales, se presentarán en sesión clínica a todos los miembros del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con los datos obtenidos hasta el momento, considerando sobrepeso $IMC > 21$ o $CCT > 0.45$ y obesidad $IMC > 26.2$ o $CCT > 0.5$, para ambos sexos, se ha obtenido en primeras visitas una prevalencia de sobrepeso de 38.86% y de obesidad de 8.23% en global, por encima de los datos obtenidos en el estudio español "enKid". Queda por determinar la influencia de la información sobre alimentación saludable y ejercicio físico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos parece un proyecto interesante para conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad de la población con la que nosotros trabajamos, que nos motiva aún más a insistir en este aspecto fundamental de la educación para la salud en las revisiones del niño sano y nos va a dar información relevante sobre el efecto de nuestra intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/525 ===== ***

Nº de registro: 0525

Título
SOBREPESO Y OBESIDAD EN PREADOLESCENTES DE 12 AÑOS : PREVALENCIA E INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

Autores:
NAVARRO SERRANO EVA MARIA, GIMENO ABAD MARIA TERESA, BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE, MURILLO SALVADOR RAQUEL, AGUILAR FLORDELIS PAULA, BLASCO SELLES TERESA, GARCIA LOBERA AURELIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0525

1. TÍTULO

SOBREPESO Y OBESIDAD EN PREADOLESCENTES DE 12 AÑOS: PREVALENCIA E INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

A pesar de las numerosas campañas, las cifras de sobrepeso y obesidad infantil son muy elevadas, 18.1% y 6.3% según el estudio español "enKid". Los pediatras de AP estamos obligados a responder ante la comunidad de manera decidida, comprometida y con métodos científicos para impedir que los niños actuales sean adultos enfermos, pues existe clara evidencia de que el exceso de peso infantil se relaciona con el síndrome metabólico, y éste constituye un factor de riesgo para patologías responsables en gran medida de la morbimortalidad en la edad adulta como la diabetes 2, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. Además predispone a sufrir manifestaciones psicológicas como acoso escolar, baja autoestima y patología articular.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Establecer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en preadolescentes de 12 años del CS Alfajarín
- 2-Verificar la eficacia que el consejo sobre alimentación saludable y actividad física tiene en la reducción de dicha prevalencia a los 6 meses de la primera medición
- 3-Valorar la utilidad (según los resultados obtenidos) de crear nuevas formas de informar-aconsejar a pacientes y familias sobre hábitos saludables a través de infografía, carteles divulgativos en el espacio reservado a pediatría en el CS, consejos dirigidos sobre temas concretos (alternativas de desayuno-merienda saludable, otras formas de celebrar cumpleaños, qué es la comida basura), información sobre el plato de Harvard, ideas de menús saludables

MÉTODO

Se estudiarán los preadolescentes de 12 años que acudan a la revisión incluida en el programa del niño sano durante 1 año, de 1/3/ 2019 a 28/2/2020 . Se estima 154, 86 varones y 68 niñas. Se medirán el peso y la talla, para calcular el IMC y determinar sobrepeso (> 1 D.E.: 21) y obesidad (> 2 D.E.: 26.2) y el perímetro de cintura abdominal para calcular el cociente cintura/talla, que es el mejor predictor de síndrome metabólico y riesgo cardiovascular en mayores de 6 años. Se establecerá como valores de corte P 75 varones 73, niñas 68 y P 90 varones 83, niñas 76.

En la primera consulta se hablará de mejora de los hábitos mediante entrevista motivacional y se entregarán hojas de información escrita.

Se citará a los niños que superen el P 75 de cualquiera de ambas variables, para nueva valoración en 6 meses.

INDICADORES

Se utilizarán como indicadores el IMC y el cociente cintura/talla, comparando los valores de la primera y la segunda visita. Se considerará resultado positivo la mejora en cualquiera de ambos parámetros por debajo del percentil 75.

Así mismo se valorará mediante escala subjetiva, la motivación y el grado de adherencia a las propuestas y compromisos adquiridos.

Al acabar el año se hará un análisis de los resultados globales para determinar la pertinencia y utilidad de la implementación del programa divulgativo en la zona de pediatría del CS.

DURACIÓN

1 de marzo 2019 a 28 febrero 2020

Lo realizará el equipo de pediatría, las 2 pediatras del centro de salud y las enfermeras que trabajan de forma fija o eventual en pediatría, con el apoyo del coordinador del centro

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 - 2019/0782

1. TÍTULO

REVISION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL, ¿ESTAMOS MEJOR?

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE AURELIO GARCIA LOBERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALFAJARIN
· Localidad ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JERICO CLAVERIA LAURA
BERNAD MARTIN JOSE LUIS
GIMENO ABAD MARIA TERESA
NAVARRO SERRANO EVA MARIA
BELLOD FERNANDEZ ALFREDO
ARIZTI MARTIN ANA
ASARTA SANCHEZ FORTUN MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto de calidad comenzo con una reunión informativa a los profesionales que componen este centro de salud en septiembre de 2019. Relizamos un pilotaje con las plantillas que ibamos a usar para octubre-noviembre, reuniendonos posteriormente para definir la plantilla definitiva.
El comienzo del proyecto se postpuso por la rotacion derivada de las vacaciones de verano. Iba a coincidir la implementacion de las plantillas con el inicio de vacaciones.
Actualmente hay una hoja de instrucciones por si falta algún profesional. Permite al médico sustituto saber qué debe hacer y cómo registrar en la plantilla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Estamos recopilando datos, a partir de una plantilla unica, fotocopiada en el centro de salud y repartida a los distintos consultorios.
No sabemos cual será el impacto una vez finlizado. Hemos simplificado los indicadores de 8 iniciais a 3, para que puedan registrarse diariamente, sin sobrecarga para los profesionales y facilitando la valoracion final de los datos.
Esto datos van por profesional y por especialidad que participe de la interconsulta virtual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Resulta muy dificil implantar un proyecto de calidad en la consulta diaria. Obliga a que sea extremadamente sencillo para poder seguir hacia delante y no generar rechazo inicial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/782 ===== ***

Nº de registro: 0782

Título
REVISION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL, ¿ESTAMOS MEJOR?

Autores:
GARCIA LOBERA AURELIO, JERICO CLAVERIA LAURA, BERNAD MARTIN JOSE LUIS, GIMENO ABAD MARIA TERESA, NAVARRO SERRANO EVA MARIA, BELLOD FERNANDEZ ALFREDO, CUCALON ARENAL JOSE MANUEL, ASARTA SANCHEZ FORTUN MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CUALQUIER PATOLOGIA O ALTERACION
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: CONTINUIDAD PROCESO ASISTENCIAL

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace 1-2 años se está implantando progresivamente en atencion primaria la interconsulta virtual. Este programa de calidad intenta evaluar su impacto cualitativamente (satisfacción) y cuantitativamente desde el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0782

1. TÍTULO

REVISION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL, ¿ESTAMOS MEJOR?

ambito de un centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Este nuevo modelo de relacion atencion primaria-especializada tiene aspectos a favor y en contra. Para los pacientes les ahorra desplazamientos y evita derivaciones inadecuadas. El medico de familia no se desliga del paciente y puede solicitar pruebas complementarias, o anular la interconsulta si la situacion del paciente ha cambiado. Atencion especializada puede gestionar sus citas, así como incorporar nos peticiones a tencion primaria. Por ultimo hay una mejoria en la comunicacion bidireccional, la interconsulta virtual siempre es contestada y nos llega a nosotros.

Como aspectos en contra, es una mayor carga de trabajo en atencion primaria. Son entre 20-25 especialidades que el medico de familia ha de integrar en su agenda, para ver las contestaciones y que el paciente " no se pierda". Otro aspecto que intuimos es que la poblacion no ve el trabajo que hay detrás, ya no recibe ni papel de interconsulta ni a de ir al admisión, pudiendo percibir estas circunsntancias como "peor atencion".

MÉTODO

Dentro del equipo de atención primaria unificar la forma de integrar la interconsulta virtual en nuestro trabajo diario. Cuantificar el % de interconsulta virtual. Impresion subjetiva de los medicos que trabajan en el centro de salud. Resolución de la interconsulta, bien mediante cita del paciente o por resolución telemática. Plantear mejoras: adjuntar fotografías, electrocardiograma, posibilidad de foro semanal-chat, que permita pregunta --respuesta.

INDICADORES

% interconsultas virtuales
% consultas solucionadas (citada o resuelta)
% interconsultas virtuales que son citadas
% contestaciones en 7 o menos dias.
Impresión subjetiva desde los profesionales de atención primaria: encuestas de satisfacción.

DURACIÓN

Primera sesion informativa en abril, donde se unificarán los criterios para recibir y procesar la interconsulta virtual en nuestra consultas diarias, así como diseñar las encuestas de satisfacción. En octubre primer corte de los indicadores y a los 11 meses indicadores y encuestas de satisfacción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1007

1. TÍTULO

DEPURACION DE CARPETAS DE DOCUMENTACION CLINICA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA LUISA BENITO CORNAGO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GASCON RICARTE ISABEL
ASENSIO MILLAN MARIA FERNANDA
JULIAN ARANDA MARIA PILAR
LATAPIA VILLARTE CARMEN
MORENO BENITO PABLO
ALDANA TORNOS MARIA JESUS
GONZALEZ QUINTAS MARIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto comenzó en Enero 2019. Nos reunimos para decidir la metodología, los objetivos y la coordinación de tareas. La mayor parte del trabajo se realizó en verano, cuando la presión asistencial baja un poco. Hemos repasado 3.135 Carpetas de Documentación clínica, comprobando si están en OMI, significa que sigue en nuestro Centro y la carpeta vuelve al archivo. Si no esta, vamos a BDU y comprobamos donde está o si ha fallecido. Se establecieron 3 apartados: Exitus. Otros Centros. y Baja BDU o otra C.A.
Se registran en un Excel en cada uno de los grupos por fecha de nacimiento y así también se guardan en cajas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A 31-12-2019 revisadas 3.135 Carpetas
Pertenece a nuestro Centro: 2.499
A otros Centros: 416
A otras C.A. o Bajas en BDU: 242
Exitus: 59
Errores en Etiquetado o duplicidades: 19
la depuración de nuestro archivo (3.135) supone un 29%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se está ampliando el espacio en el archivo, que estaba colapsado. Se depuran muchas historias, duplicadas o con algún error de etiquetado. Facilitando el acceso a las carpetas que estaban apretadas. Las Carpetas que se quitan del archivo, están registradas en un Excel con nombre y apellidos, ordenadas por fecha de nacimiento., para facilitar su búsqueda, en caso necesario.

7. OBSERVACIONES.

No siempre se solicitan las historias clínicas de papel de los usuarios que se desplazan a otros Centros. Deberíamos poder enviar esta documentación al Centro al que pertenece el usuario.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1007 ===== ***

Nº de registro: 1007

Título
DEPURACION DE CARPETAS DE DOCUMENTACION CLINICA

Autores:
BENITO CORNAGO MARIA LUISA, GASCON RICARTE ISABEL, ASENSIO MILLAN MARIA FERNANDA, JULIAN ARANDA MARIA PILAR, LATAPIA VILLARTE CARMEN, MORENO BENITO PABLO, ALDANA TORNOS MARIA JESUS, GONZALEZ QUINTAS MARIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1007

1. TÍTULO

DEPURACION DE CARPETAS DE DOCUMENTACION CLINICA

PROBLEMA

Detectar carpetas mal etiquetadas, usuarios que ya no estan en nuestro Centro, Usuarios que han fallecido, que ya no estan en BDU, etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Archivo colapsado, necesidad de optimizar espacio para nuevas carpetas.

MÉTODO

Cada mes desde BDU, sacamos un listado de fallecidos de nuestro Centro. Retiramos las carpetas de historias, se guardan por fecha de nacimiento, y por año de fallecimiento. Cuando queda tiempo, se van revisando las carpetas, se comprueban en OMI si siguen en el Centro, si no estan en Arrabal, se mira en BDU para comprobar su situación actual. Se registran en 3 Bloques: Baja en BDU - Otros Centros - Exitus. Se guardan en cajas, archivadas por fecha de nacimiento.

INDICADORES

Indicador de Evaluación: realizar un 20% =4.000 / 20.000

DURACIÓN

Abordar la revisión de unas 4.000 carpetas de historias, durante los meses de verano, en el años 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1021

1. TÍTULO

REGISTRO DE PETICION DE AMBULANCIAS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR BELTROL ALGUERO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BELLIDO MORENO DANIEL
JULIAN ARANDA MARIA PILAR
MORENO BENITO PABLO
GASCON RICARTE ISABEL
GONZALEZ QUINTAS MARIAN
BENITO CORNAGO MARIA LUISA
LATAPIA VILLARTE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ESTE PROYECTO ESTA PENSADO PARA FACILITAR AL USUARIO Y A SU MÉDICO, LA SOLICITUD DE TRANSPORTE EN AMBULANCIA, SU REGISTRO, EL FACULTATIVO CUANDO HACE EL ANEXO LO DEJAR EN ADMISIÓN Y DESDE ADMISIÓN SE ESCANEA Y SE ENVIA ENCRIPTADO .

Se registra en un "aviso a domicilio" al facultativo, donde se pone todos los datos del paciente, día, hora, servicio y Centro a donde tiene que ir el paciente. También se registra en una agenda OMI "Ambulancias", el paciente y su médico. Cuando enviamos el Anexo, lo confirmamos en esa agenda para controlar que se han tramitado todas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde 2 de Enero al 31 de Diciembre de 2019 Se han tramitado un total de 543 ambulancias..

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado ha sido bastante satisfactorio. pues se quedan bien registradas y se consigue un buen control de las mismas, con apenas errores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1021 ===== ***

Nº de registro: 1021

Título
REGISTRO DE PETICION DE AMBULANCIAS

Autores:
BELTROL ALGUERO MARIA PILAR, BELLIDO MORENO DANIEL, JULIAN ARANDA MARIA PILAR, MORENO BENITO PABLO, GASCON RICARTE ISABEL, GONZALEZ QUINTAS MARIAN, BENITO CORNAGO MARIA LUISA, LATAPIA VILLARTE CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Registro, petición y tramitación de Transporte en Ambulancia.

RESULTADOS ESPERADOS

Registrar la petición de transporte en ambulancia, hacer seguimiento del Anexo y su tramitación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1021

1. TÍTULO

REGISTRO DE PETICION DE AMBULANCIAS

MÉTODO

El usuario o familiar del mismo, o una Residencia, solicita una ambulancia. Ponemos una cita al facultativo correspondiente en "Aviso a Domicilio" (con objeto de dejar constancia de todos los datos, día, hora, Servicio y Centro al que va) ponemos AMBULANCIA y los datos del Servicio a realizar.

En una Agenda OMI "AMBULANCIAS" Se registra al usuario y el médico al que se pide el Anexo.

El facultativo puede ver en su Agenda la petición de ambulancia con todos los datos, prepara el Anexo y lo deja en Admisión.

En Admisión se tramita encriptado por fax y en la Agenda OMI de ambulancias ponemos "enviada".

INDICADORES

Indicador de Evaluación : Controlar 100% de Ambulancias a tramitar por el Centro.

DURACIÓN

Se evaluará de Enero a diciembre de 2019. total de ambulancias registradas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0922

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE ESTILOS DE VIDA Y PÉRDIDA DE PESO EN EL BARRIO DEL ARRABAL

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA DOMINGUEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MAGALLON BOTAYA ROSA
JABAL CALVILLO RAQUEL
BUÑUEL ASIN CELIA
MONREAL ALIAGA ISABEL
GASCON DEL PRIM ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras reevaluación del proyecto, y en relación a las necesidades detectadas previamente al comienzo de éste, se decidió dirigir la actividad a pacientes con dolor de espalda en lugar de pacientes con obesidad. Se realizaron sesiones de espalda sana en una sala del centro de salud divididas en tres partes: calentamiento, ejercicios específicos para fortalecer la musculatura de la espalda, y vuelta a la calma con estiramientos. Complementando con educación en higiene postural. Además, para que el programa fuera efectivo y la frecuencia de entrenamiento alta, se les entregaron pautas para realización de ejercicios de forma autónoma. Se establecieron 6 grupos, que realizaron un total de 10 sesiones de 1 hora de duración a lo largo de 5 semanas (2 sesiones semanales). La muestra inicial, realizada mediante muestreo por conveniencia, fue de 80 personas, de las cuales aceptaron finalmente participar 59. Sin embargo, de ellas completaron la actividad 40 (14 no acudieron al 80% de las sesiones y 5 no pudieron acudir a la medición final). Fueron los pacientes los que tuvieron que aportar su propia esterilla, toalla, bandas elásticas y ropa cómoda. Se realizó medida de las variables incluidas a estudio pre y post intervención. Estas variables fueron: edad, sexo, comorbilidades, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), masa músculo esquelética (mediante impedanciometría), grado de actividad física (cuestionario IPAQ), localización del dolor (cervical, dorsal, lumbar o combinado) e intensidad de éste (mediante escala visual analógica, EVA). Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas continuas mediante media y desviación estándar (DE), y de las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. Posteriormente análisis bivariante con las variables pre y post-intervención. Se utilizaron para la comparación de medias, en las variables paramétricas t student para muestras relacionadas y en las variables no paramétricas la prueba de Wilcoxon; considerando significación estadística si $p < 0,05$.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados se midieron con la muestra final de los 40 participantes que completaron la actividad, excluyendo los demás. La mediana de edad fue de $54,77 \pm 13,34$ DE años, siendo 34 mujeres (85%) y 6 hombres (15%). Altura media de $160,03 \pm 6,49$ DE cm. En cuanto a comorbilidades, había 10 hipertensos, 6 dislipémicos y 3 diabéticos. La localización del dolor era principalmente lumbar y cervical, distribuido de la siguiente manera: el 45% dolor lumbar (N=18), el 35% dolor cervical (N=14), el 7,5% dolor cervical y lumbar (N=3), otro 7,5% dolor cervico-dorso-lumbar (N=3) y el 5% dolor dorsal (N=2). La medición de la EVA preintervención fue de $6,13 \pm 2,17$ DE, siendo tras la intervención de $3,97 \pm 2,24$ DE. En el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ), que mide el nivel de actividad realizada en los últimos 7 días, los resultados en la muestra antes de la intervención fueron: 9 realizaban actividad física leve, 24 moderada y 7 intensa; cambiando esta distribución postintervención a: 6 realizaban actividad física leve, 27 a moderada y 7 intensa. El peso de la muestra pre intervención fue de $70,18 \pm 14,25$ DE kg, y en la muestra postintervención de $69,81 \pm 14,09$ DE kg. Calculando el IMC, previamente a la intervención fue de $27,49 \pm 5,92$ DE kg/m^2 (67,70% de los participantes presentaban sobrepeso u obesidad) y en la muestra postintervención $27,34 \pm 5,84$ DE kg/m^2 . Por último, la masa músculo-esquelética previa a la intervención era de $22,95 \pm 3,75$ DE kg, mejorando en la muestra postintervención a $23,25 \pm 3,79$ DE kg/m^2 . En el análisis comparativo de las variables modificables pre y postintervención se observaron diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,05$ en la intensidad del dolor medido con la EVA y en la masa músculo-esquelética; sin encontrar mejoría estadísticamente significativa en el peso ni el IMC. Se evaluó también la satisfacción de los participantes mediante una encuesta final. Como opinión general, 17 participantes calificaron la actividad como muy buena, 22 como buena y 1 como normal. 22 de ellos consideraron la intervención de duración corta, 5 como muy corta y únicamente 13 como adecuada. El 100% respondió que le gustaría participar en futuros programas de la actividad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de las limitaciones del proyecto, como son el pequeño tamaño de la muestra, la corta duración de la actividad o la falta de grupo control y de aleatorización; se han objetivado resultados significativos en la mejora de la intensidad del dolor, tan importante en la calidad de vida de nuestros pacientes, así como en la masa músculo esquelética. Además, la satisfacción de los participantes ha sido buena o muy buena, así como la valoración por parte del equipo; que considera de gran interés la continuación del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0922

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE ESTILOS DE VIDA Y PÉRDIDA DE PESO EN EL BARRIO DEL ARRABAL

*** ===== Resumen del proyecto 2019/922 ===== ***

Nº de registro: 0922

Título
INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE ESTILOS DE VIDA Y PERDIDA DE PESO EN EL BARRIO DEL ARRABAL

Autores:
DOMINGUEZ GARCIA MARTA, MAGALLON BOTAYA ROSA, VERA COLAS MARINA, LOREN BLAS SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la inactividad física ocupa el cuarto lugar entre los factores de riesgo de mortalidad mundial, siendo responsable de alrededor de un 6% de las muertes globales, de 3 a 5 millones anuales. En países desarrollados esta cifra alcanza el 8%, siendo sólo superada por el tabaquismo, la hipertensión arterial y la obesidad, las dos últimas también asociadas a la inactividad física. A pesar de los ya conocidos efectos beneficiosos, al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. La inactividad física es un factor de riesgo independiente y modificable de enfermedades no transmisibles comunes, y estas enfermedades son en la actualidad la principal causa de muerte y discapacidad en todo el mundo.

Se ha demostrado que los programas de ejercicio a medida, individualizados para cada paciente, consiguen mayor participación y satisfacción que los programas estandarizados; así como mayor eficacia para lograr las adaptaciones que mejoran la condición física y, por tanto, para el beneficio de la salud. Además, los programas integrados con los agentes activos de la comunidad tienden a ser más persistentes en el tiempo a la hora de cumplir su objetivo de que las personas incorporen estilos de vida saludable a su propia rutina de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es iniciar un programa de actividad física y de formación en alimentación saludable dirigida a pacientes obesos o con sobrepeso. Evaluar los efectos que dicho programa efectúa tanto a nivel de salud como de satisfacción personal y de continuidad en la adquisición de hábitos.

Objetivos específicos:
- Evaluar la evolución de variables físicas estudiadas (índice de masa corporal, peso, tensión arterial, frecuencia cardíaca, valores de la impedanciometría)
- Evaluar el cambio en la relación con la comida en la escala de comer emocional.
- Evaluar la adherencia al ejercicio físico
- Evaluar la incorporación del ejercicio físico a su estilo de vida
- Evaluar la satisfacción con el programa

La población diana del proyecto es aquella población adulta usuaria de la zona de salud del Arrabal, con sobrepeso u obesidad (IMC= 25 kg/m²), que acepte participar en el programa y que no presente contraindicación para la realización de ejercicio físico.

MÉTODO
El programa de pérdida de peso se basará en un entrenamiento aeróbico complementado con trabajo de fuerza. La parte aeróbica la llevaremos a cabo en el parque Tío Jorge y la correspondiente a la fuerza en una sala del centro de salud. Para que el programa sea efectivo la frecuencia de entrenamiento debe ser alta, por lo que se les entregarán unas pautas a los sujetos para que realicen actividad física de forma autónoma, debido a que solo habrá una sesión dirigida a lo largo de la semana, de una hora de duración. Este programa de pérdida de peso se complementará, además, con la realización semanal de dos actividades formativas sobre dieta saludable y mindfuleating, ambas de una hora de duración.

INDICADORES
Los indicadores del proyecto son: talla, peso, índice de masa corporal, impedanciometría, tensión arterial, frecuencia cardíaca en reposo, percepción de estado de salud, grado de actividad física, relación con la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0922

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE ESTILOS DE VIDA Y PÉRDIDA DE PESO EN EL BARRIO DEL ARRABAL

comida.
Los datos necesarios serán obtenidos mediante un interrogatorio con el paciente o mediante una medición de sus variables físicas antes y después de realizar la actividad, sin acceso a la historia clínica del paciente. Cada sujeto actuará como su propio control con la medición de las variables en tres tiempos: antes de la intervención, nada más terminar la misma a los tres meses y al año de iniciada la actividad. Se esperan notables beneficios para los participantes dado que está demostrado que el ejercicio físico mejora la salud, así como la información psicológica y nutricional que puedan recibir.

DURACIÓN
La intervención tendrá una duración de 3 meses y las variables a estudio serán recogidas prospectivamente en 3 ocasiones: antes de iniciar la intervención (Febrero 2019), inmediatamente tras finalizar la intervención (Mayo 2019) y un año después del inicio de la intervención (Febrero 2020).
Las sesiones de actividad física serán de una hora de duración, una vez por semana. Serán impartidas por una estudiante del grado de actividad física y del deporte como parte de sus prácticas del grado. Las sesiones formativas sobre dieta saludable serán impartidas por una de las participantes del equipo de mejora, MIR de MFyC y diplomada en nutrición y dietética. Las sesiones formativas sobre mindfulness serán impartidas por un licenciado en psicología, colaborador del proyecto. La medición de las variables de interés en los tres tiempos ya indicados serán realizadas por el equipo de mejora de atención primaria del Centro de Salud. La investigadora principal será la encargada de la coordinación de las reuniones, las sesiones y el buen funcionamiento del programa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1089

1. TÍTULO

EDUCACIÓN EN MANIOBRAS DE ATENCIÓN A LA EMERGENCIA PARA LACTANTES Y ESCOLARES OVACE Y RCP

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARINA FRANCES PINILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
UGARTE CENTENO ISABEL
ALDANA TORNOS MARIA JESUS
BELLIDO MORENO DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El numero de talleres realizados han sido 9, con una periodicidad casi mensual, cumpliendo claramente el objetivo propuesto de 4 cada semestre.

El tiempo invertido en realizar el proyecto, ha sido de 17 horas en horario laboral y 5 fuera del horario laboral, 5 talleres en horario de mañana, y 4 en horario de tarde, de los cuales 2 fuera del horario laboral. El tiempo invertido para su preparación, difusión, registro y evaluación han sido alrededor de 10 horas. Todas ellas fuera del horario laboral.

El lugar utilizado ha sido el centro de salud Arrabal y el colegio Tio Jorge de Zaragoza.

Los recursos empleados han sido:

- Una presentación específica para el proyecto.
- Ordenador portátil y pantalla
- Muñecos bebés para la realización de la práctica.
- Gasas para higienizar la práctica de insuflación en muñeco.

El proyecto y las actividades se han dado a conocer al equipo mediante una reunión con los profesionales y a la población se ha difundido mediante cartelera en el centro y a través del blog osinteresa.com

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º.- Se han realizado todos los talleres planteados y alguno más.

2º.- El numero de asistentes ha sido de 135, con una media de 15 padres, madres, monitores de colegio y profesores, por sesión.

3º.- Se han recogido 108 encuestas en el momento de realizar la actividad. Los resultados obtenidos han sido:

- Nota media del 9,63 sobre 10 Creen que los contenidos del taller son interesantes.
- Nota media del 8.87 sobre 10 Creen que el horario es el adecuado.
- Nota media del 8,95 sobre 10 Consideran que el tiempo de la actividad es suficiente.
- Nota media del 9,48 sobre 10 Les ha parecido amena la actividad.
- Nota media del 9.41 sobre 10 Consideran que esta actividad le va a ayudar a resolver las situaciones que plantea el taller.
- Nota media del 9,65 sobre 10 Recomendarían a otros padres esta actividad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.- En la importancia del medio de difusión ha sido tan importante la difusión en centro de salud, como el centro de salud como de otros medios.

2.- La informatización de la actividad, nos ha permitido disminuir mucho el tiempo de difusión y evaluación de la actividad, aunque puede que disminuya algo el numero de encuestas.

3.- El disponer este año de muñecos a través de la Dirección de Enfermería, ha hecho más ágil la organización del número de talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1089 ===== ***

Nº de registro: 1089

Título
EDUCACION EN MANIOBRAS DE ATENCION A LA EMERGENCIA PARA LACTANTES Y ESCOLARES. OVACE Y RCP

Autores:
FRANCES PINILLA MARINA, UGARTE CENTENO ISABEL, ALDANA TORNOS MARIA JESUS, BELLIDO MORENO DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1089

1. TÍTULO

EDUCACIÓN EN MANIOBRAS DE ATENCIÓN A LA EMERGENCIA PARA LACTANTES Y ESCOLARES OVACE Y RCP

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Atención Comunitaria

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La mayoría de los ciudadanos adultos no son capaces de reconocer una parada cardiorespiratoria y hacer una RCP eficaz, se ha demostrado que las maniobras de RCP se deben de realizar de inmediato ya que puede cuadruplicar la supervivencia de lactantes y duplicarla en adultos. Las maniobras de OVACE deben de ser inmediatas y deben de ser realizadas por las personas a cargo de los lactantes y escolares. Todo ello hace que sea fundamental fortalecer la cadena de supervivencia. Por otro lado hay un gran interés por parte de padres y educadores en que se proporcione esta educación.

RESULTADOS ESPERADOS

Educar en maniobras de atención urgente RCP y OVACE a educadores y padres en colegios, guarderías y usuarios de los centros de salud de Zaragoza que así lo soliciten

MÉTODO

Educación en forma de sesiones practicas con muñecos, tanto en colegios, como guarderías y en el propio centro de salud. Explicando la teoría (presentación con diapositivas y videos) y poniendola en practica con los asistentes. Duracion aproximada de cada sesion educativa 2 horas

INDICADORES

Encuesta de satisfacción de los asistentes

DURACIÓN

Realizar al menos 4 sesiones cada semestre.

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 - 2019/1147

1. TÍTULO

TALLERES PRACTICOS "APRENDER A COMER SOLITO"

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE TERESA TOLOSANA LASHERAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALDANA TORNOS MARIA JESUS
DUESO LACORT NIEVES
LEAL GARCIA ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El número de talleres realizados han sido 12, con periodicidad mensual cumpliendo el objetivo planteado.

Los recursos utilizados han consistido:

* Una presentación específica para el proyecto

* Portátil y pantalla

* Sala habilitada con mesas para comer.

* Material desechable para la comida.

* Alimentos preparados de forma adecuada, que se han encargado de traer los padres, según las indicaciones que se les daban previamente.

* El tiempo invertido en realizar la actividad ha sido de 36 horas. Un 75% dentro de horario laboral y un 25% fuera de ella.

* El tiempo para su preparación, difusión, registro y evaluación han sido alrededor de 30 horas, todas ellas fuera del horario laboral

El proyecto y las actividades se han dado a conocer al equipo mediante una reunión con los profesionales.

A la población se ha difundido mediante cartelera en el centro y a través del Blog osinteresa.com

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º Se han realizado todos los talleres planteados

2º El número de asistentes ha sido de 163.

Da una media de 13,58 cuidadores- abuelos, por sesión

Esta asistencia, esta un poco por encima de los 12 planteados, por sesión

3º Se han registrado 112 encuestas en el momento de realizar la actividad.

Los resultados obtenidos:

* Las tres formas mayoritarias de conocer la actividad han sido:

A través de otros padres -35

A través del Centro de salud- 28

A través del Blog "osinteresa.com" 25

* Los ítems mejor valorados han sido los contenidos del taller, el tiempo de desarrollo, amenidad, ayudar a resolver situaciones planteadas, y que la recomendarían a otros padres.

La valoración de estos enta entre 9,4 y 9,9

*El ítem menos valorado ha sido el horario con un 8,1

4º Se ha realizado una encuesta a los meses de realizar la actividad, con solo tres preguntas, con el objetivo de conocer la autonomía que les ha aportado tanto a los padres como a los niños.

el 72,2 % Valoraron como 10 la autonomía que les proporcionó a los padres.

66,7 % Valoraron como 10 la autonomía que les proporcionó a los niños.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1º El medio de difusión que mejor funciona es el "Boca a Boca"

2º La informatización de la actividad, nos ha permitido disminuir mucho el tiempo de difusión y evaluación de la actividad, aunque puede que disminuya algo el número de encuestas.

3º La valoración a los meses de realizar la actividad ha sido posible gracias a la posibilidad de enviar encuestas a través de los correos electrónicos que los padres nos facilitaron.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1147 ===== ***

Nº de registro: 1147

Título
TALLERES PRACTICOS "APRENDER A COMER SOLITO"

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1147

1. TÍTULO

TALLERES PRACTICOS "APRENDER A COMER SOLITO"

Autores:

TOLOSANA LASHERAS TERESA, ALDANA TORNOS MARIA JESUS, DUESO LACORT NIEVES, LEAL GARCIA ENCARNA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: MALNUTRICIÓN, OBESIDAD
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Desde hace unos cinco años las recomendaciones sobre alimentación complementaria en la infancia estan sufriendo grandes cambios.

El BLW o como podriamos traducir. "aprendiendo a comer solito" o "alimentación regulada por el propio bebé" esta teniendo una amplia difusión, entre los padres con bebés de menos de un año.

Lejos de ser una moda, estudios de mucha solvencia y todas las sociedades científicas de pediatría lo valoran como un buen método de iniciación a la alimentación complementaria, que desde el año 2002 la OMS recomienda iniciar a los 6 meses. En esta edad los bebés ya son capaces de ir iniciando el manejo de la comida.

Este método se basa fundamentalmente de pasar de la lactancia a la comida a trocitos o simplemete machacada y que sea el propio bebé el que se la lleve a la boca.

Rompe pues con las tradicionales recomendaciones de dar papillas a los niños.

En el centro de Salud Arrabal, no pretendemos desterrar las papillas de la alimentación infantil, pero sí, darles a las madres las herramientas para que puedan abordar la alimentación de sus bebés de la manera que les resulte más agradable tanto para ellas como para sus niños.

No son pocos los bebés que se resisten a tomar papillas, los padres terminan por forzar a que coman, con el resultado de niños que rechazan la comida, desde los inicios, en el primer año de vida y por lo tanto se convierten en los famosos "malos comedores".Este método es una alternativa con mucho éxito para estos casos.

En el año pasado valoramos que la explicación teórica, se quedaba un poco justa, las madres se sentian muy inseguras en sus casas por miedo al atragantamiento. Es por ese motivo, que decidimos iniciar unos talleres donde no solo diéramos nociones teóricas sobre el mismo, sino que también los niños manipularan y se llevaran a la boca la comida sin triturar.

Esta práctica, imposible de ofrecer en las consultas, tiene en el grupo un marco inigualable en el formato grupal, ya que los padres al observar, no solo viendo comer a su pequeño sino, también cómo lo hacen los demás, les dá mucha más confianza.

Al ser una actividad grupal con formato taller, el número de padres y bebes que pueden acudir al mismo está limitado, por lo que los padres deben apuntarse a esta actividad.

Tanto la comunicación de la actividad,el enlace para inscribirse y la valoración del mismo, se realiza a traves del blog osinteresa.com.

RESULTADOS ESPERADOS

1º Dar a conocer el metodo BLW de forma práctica, intentando superar el miedo de los padres a dar alimentos sólidos.

2º Dar una alternativa a aquellos bebés que rechazan las papillas y que suponen un auténtico drama en las comidas familiares, evitando la típica queja de "mi niño no me come"

3º Dar indicaciones a los padres de cómo actuar ante un atragantamiento, que en general se produce por objetos ajenos a la comida.

4º Conseguir más autonomía y capacidad de decisión a los padres en temas de alimentación.

5º Aumentar la destreza y sociabilización de los bebés, ya que comparten la comida en familia.

MÉTODO

Se realizarán un mínimo de un taller mensual en horario de 15h a 17h el 3er miércoles de cada mes, aumentando la oferta en función del número de padres que quieran realizarlo

Cada taller los formaran como maximo 12 bebes que podrán venir acompañados de 2 adultos

El taller se compondrán de tres grandes bloques:

1º Un bloque teórico de duración aproximada de 45 minutos.

2ºUn segundo bloque donde los papás o cuidadores podrán ofrecer la comida que hayan traído, ayudaremos a solventar dudas sobre que tipo de alimentos, tamaño y cocinado de los mismos, para que resulten seguros y evitar atragantamientos

3º Un tercer bloque con las maniobras recomendadas para casos de atragantamiento.

INDICADORES

1º Realizar la actividad en la frecuencia programada.

1ª Número de padres que acuden a los talleres.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1147

1. TÍTULO

TALLERES PRACTICOS "APRENDER A COMER SOLITO"

- 2º Valorar la autonomía conseguida mediante encuesta que se remitirá a los padres a los tres meses de realizar el taller, al correo electrónico que nos faciliten.
- 3º Encuesta de satisfacción de la actividad.
- 4º Número de entradas a la inscripción del taller desde el blog "osinteresa.com", valorando la demanda del mismo.

DURACIÓN

De septiembre de 2018 a agosto de 2019.

Taller mensual que se ofertará a la población fundamentalmente a través del blog "osinteresa.com" la responsable de su implantación será la misma que la responsable del 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 - 2019/0549

1. TÍTULO

HABILITACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LAJOTA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA LOURDES CLEMENTE JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAHULEA LILIANA
GOMEZ MARCOS JAVIER
HUERTAS HARGUINDEY ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han abierto en el centro de salud de La Jota dos consultas de deshabituación tabáquica, una en horario de mañanas y otra en horario de tardes.
Del mismo modo, se ha realizado formación a un médico titular del centro de salud para ser el responsable de una de las consultas de deshabituación tabáquica del centro.
Se ha realizado formación a un médico interno residente en deshabituación tabáquica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En las dos consultas creadas en el centro de salud se han visto un total de 130 primeros días en pacientes que deseaban dejar de fumar.
Se han realizado 273 visitas presenciales de seguimiento.
Se han realizado 189 visitas telefónicas de seguimiento.
Se ha formado a un médico titular del centro de salud para ser el responsable de una de las consultas de deshabituación tabáquica del centro.
Se ha abierto una segunda consulta de deshabituación tabáquica.
Se ha formado a un médico interno residente en deshabituación tabáquica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las consultas de deshabituación tabáquica han sido muy bien aceptadas tanto por los pacientes como por los profesionales del equipo.
Se ha creado una alta demanda por parte de los pacientes, solicitando ayuda para dejar de fumar.
Sería ideal ampliar el horario de estas consultas para poder atender la alta demanda que está teniendo este tipo de prestación.

7. OBSERVACIONES.
Ante la gran demanda y aceptación que han tenido consultas de deshabituación tabáquica del centro es necesario la continuidad de las mismas e incluso la ampliación de horario de las mismas.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/549 ===== ***

Nº de registro: 0549

Título
HABILITACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

Autores:
CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES, MAHULEA LILIANA, GOMEZ MARCOS JAVIER, HUERTAS HARGUINDEY ANA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más extendida entre la población de 15 a 64 años en España, registrándose que el 72,5% ha fumado tabaco alguna vez en su vida (Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0549

1. TÍTULO

HABILITACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LAJOTA

2015-2016). La prevalencia del consumo diario de tabaco, en España 3 de cada 10 individuos fuman cada día (30,8%) (Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España 2015-2016). Los datos de Aragón suelen ser algo más elevados que la media nacional en 1 ó 2 puntos pero esa diferencia cae en el rango de los intervalos de confianza de las muestras de población encuestada.

Para evitar las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco no basta con reducir el mismo. Entre las personas fumadoras que reducen su consumo de tabaco significativamente hasta un 50%, el riesgo de infarto agudo de miocardio o enfermedad pulmonar obstructiva crónica está más cercano al de las personas que siguen fumando respecto a las personas que han dejado de fumar. Solo la cesación total reduce la mayor parte del riesgo.

En Zaragoza se ha publicado recientemente que los pacientes fumadores tienen un sobrecoste sanitario y social de 1200 euros anuales; sobrecostes que se pueden reducir e igualar a los no fumadores al dejar de fumar. Ayudar a dejar de fumar no solo es pues una obligación ética y sanitaria sino un factor fundamental para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Aproximadamente el 60% de los fumadores quiere dejar de fumar, muchos no saben dónde pedir ayuda y la mayoría manifiesta, que el consejo médico y de enfermería es un importante factor motivador para dejar de fumar.

En nuestro país, la asistencia al tabaquismo está incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de la Intervención es asegurar que toda persona adscrita al centro de salud de la Jota, que desee dejar de fumar y esté motivado para hacerlo con ayuda de un profesional sanitario, sea citado y atendido en una consulta monográfica de deshabituación tabáquica ubicada en dicho centro de salud.

MÉTODO

Afinamiento de la consulta de deshabituación tabáquica recientemente abierta en el centro de salud de la Jota y ampliación de la misma, pasando de las 3 horas por semana actuales, a 6h semanales, 3 en horario de mañana y otras 3 en horario de tarde.

Formar al menos a un médico adscrito al centro para que pueda desarrollar la consulta de deshabituación tabáquica en horario de tardes.

Formar al menos a 2 médicos internos residentes para que sean capaces de llevar una consulta de deshabituación tabáquica.

La estructura de la consulta monográfica será la siguiente.

Primera consulta: 30 min: Elaborar un plan de tratamiento, que incluya: Felicitar por la decisión. Elegir la fecha de abandono. Hacer una intervención: psico-social y, si está indicada, farmacológica.

Visitas de seguimiento presenciales. 15 minutos: Las consultas de seguimiento presenciales se realizarán en todos los pacientes que realicen un intento de abandono. Al menos una visita a la semana, 2 semanas, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de dejar de fumar.

Visitas de seguimiento telefónicas. (5 minutos): Se seguirá el mismo esquema que en las visitas de seguimiento presenciales, pero no se realizará coximetría ni control de peso.

INDICADORES

Número de pacientes que han sido citados como primer día en la consulta monográfica de deshabituación tabáquica.

Número de pacientes que han sido citados como visita de seguimiento presencial en la consulta monográfica de deshabituación tabáquica.

Número de pacientes que han sido citados como visita de seguimiento telefónica en la consulta monográfica de deshabituación tabáquica.

Número de médicos adscritos al centro de salud de la Jota, que se han formado en deshabituación tabáquica siendo capaces de desarrollar una consulta monográfica de tabaquismo.

Número de residentes que se han formado para llevar una consulta de deshabituación tabáquica.

DURACIÓN

- Las actividades previstas están en proceso de realización. Ya se ha comenzado con la consulta de mañanas de deshabituación tabáquica, estando previsto que el mes de mayo comience la consulta de tardes.

- Ya se ha comenzado con la formación de un médico interno residente en el área específica de deshabituación tabáquica.

OBSERVACIONES

Dada la gran aceptación que ha tenido entre la población adscrita al centro de salud, la consulta monográfica de deshabituación tabáquica, habiendo en este momento 4 meses de lista de espera en la misma, se ha considerado oportuno el afianzamiento y ampliación de la misma para intentar cumplir las necesidades del centro.

La solicitud de una consulta (como espacio físico) dotada de un ordenador (únicamente para los momentos puntuales de la semana en que se pasen las consulta), aunque parece una obviedad, en el centro de salud de la Jota, es un problema, dada la sobre masificación y falta de espacio físico para poder trabajar (ya se comparten muchas consultas), y en muchas ocasiones resulta difícil encontrar una consulta vacía con ordenador libre para poder trabajar.

Se solicita un cooxímetro dado que el que se está utilizando actualmente es propiedad particular de uno de los profesionales sanitarios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0549

1. TÍTULO

HABILITACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LAJOTA

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 - 2019/0586

1. TÍTULO

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEMÁTICO INTERACTIVO DE UNA PAUTA DE EJERCICIOS DE KEGEL PARAPACIENTES PUERPERAS DEL SECTOR I

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA SUSANA LAFUENTE PARDOS
· Profesión MATRONA
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUQUE CARRO RAQUEL
SEBASTIAN SANZ ASUNCION
GIMENEZ ALCANTAR BLANCA
CHECA DIEZ MARIA ANGELES
AZUARA LAGUIA MARIA JOSE
SANTARELLI FRANCESCA
CANTERO SAIZ ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión inicial de información a las participantes del proyecto sobre las actividades y el cronograma previsto.

Búsqueda de información y revisión bibliográfica sobre el uso de las nuevas tecnologías como herramienta de salud, concretamente la notificación vía telemática, que actúen como recordatorio de los ejercicios Kegel en dispositivos móviles.

Creación de una dirección de correo. Creación de calendario con un evento y un mensaje de correo electrónico por cada día de ejercicio a realizar por las pacientes.

Reuniones sucesivas mensuales salvo en periodo vacacional, coincidiendo con la reunión mensual de matronas.

Seguimiento e intercambio de información mediante correo corporativo.

Elaboración del material: Encuestas, mensajes, pautas de entrenamiento y batería de recomendaciones.

Captación de las usuarias ha sido en la consulta de matrona, entrega de material con indicaciones sobre el proyecto y obtención del consentimiento verbal para participar en el mismo.

Consulta sobre Ley de Protección de datos y consentimiento informado.

Encuesta inicial.

Encuesta final.

Valoración de los resultados, conclusiones, recomendaciones y elaboración de la memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado en participación ha sido de 7 mujeres con 1 abandono por hipertonia muscular perineal. El resto de las participantes manifestaron interés y satisfacción con el programa y para ello se han realizado encuestas previas y posteriores para valorar la opinión de las participantes. Los resultados indican que las nuevas tecnologías pueden ser un buen recurso en el ámbito sanitario y pueden ofrecer múltiples oportunidades para mejorar la salud de las personas facilitando la comunicación entre la población, pacientes y profesionales sanitarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Recomendamos ampliar el tiempo de seguimiento y el número de mujeres para evaluar el efecto a largo plazo del programa, así como evaluar los efectos. Asimismo sería muy positivo elaborar un protocolo unificado de valoración de suelo pélvico y actualizar la pantalla de OMI en base a los ítems de dicha valoración. Por último, también consideramos importante la creación de un material de apoyo atractivo manejable para las pacientes (podcast, imágenes, vídeos cortos explicativos) que les incentive el interés por su conciencia corporal y les ayude en su autocuidado diario.

7. OBSERVACIONES.

En nuestra opinión es necesario potenciar herramientas tecnológicas que puedan reforzar la comunicación entre la población, pacientes y profesionales sanitarios. La vía para enviar las notificaciones y mensajes a las usuarias debería de estar incluida en la App y Web de Salud Informa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0586

1. TÍTULO

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEMÁTICO INTERACTIVO DE UNA PAUTA DE EJERCICIOS DE KEGEL PARAPACIENTES PUERPERAS DEL SECTOR I

*** ===== Resumen del proyecto 2019/586 ===== ***

Nº de registro: 0586

Título
PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEMÁTICO INTERACTIVO DE UNA PAUTA DE EJERCICIOS DE KEGEL PARA PACIENTES PUERPERAS DEL SECTOR I

Autores:
LAFUENTE PARDOS MARIA SUSANA, LUQUE CARRO RAQUEL, SEBASTIAN SANZ ASUNCION, GIMENEZ ALCANTAR BLANCA, CHECA DIEZ MARIA ANGELES, AZUARA LAGUIA MARIA JOSE, SANTARELLI FRANCESCA, CANTERO ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar la eficiencia de la consulta de las matronas.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la revisión puerperal a los 40 días tras el parto muchas pacientes refieren incontinencia urinaria. Se trata de pacientes jóvenes no tributarias de tratamiento quirúrgico que no saben cómo mejorar la clínica miccional que presentan. Actualmente en el puerperio el tratamiento de elección es una pauta de ejercicios de Kegel cuyo cumplimiento tiene evidencia científica de mejora. No se tienen datos de prevalencia real. La necesidad de abordaje dentro de las actividades preventivas de la matrona entra en la cartera de servicios. Sin embargo no hay protocolizada ninguna pauta específica. Por otro lado, se hace necesario unificar criterios para comenzar a trabajar de manera unificada en este área. Las puerperas manejan a diario smartphones y aplicaciones móviles en su vida diaria. Suelen utilizar recordatorios para otros aspectos de salud (calendario menstrual, manejo de anticonceptivos, etc). El establecimiento de criterios de ejercicios serviría como matriz para pautas en otros momentos reproductivos de la vida de la mujer.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la pauta de ejercicios vía telemática se espera mejorar la clínica miccional de las pacientes puerperas del sector Zaragoza I.

MÉTODO

Tras la inclusión en el programa, las pacientes recibirían avisos en su móvil los días que tuvieran que realizar cada entrenamiento. Asimismo se realizarían encuestas sobre el sistema y su situación y evolución clínica. Por último, se incluye en la propuesta una batería de recomendaciones coadyuvantes a la pauta principal de entrenamiento.

INDICADORES

La evaluación principal se realizaría mediante el recuento de elementos descargados y recibidos por las pacientes así como de indicadores reflejados en las encuestas, incluyendo satisfacción del programa como indicadores clínicos que relejen la evolución de la sintomatología.

DURACIÓN

Abril y mayo: confección y puesta a punto del sistema de avisos y contenidos.
Junio, julio, agosto, septiembre y octubre: puesta en marcha del programa
Noviembre: recogida de datos.
Diciembre: evaluación de resultados y redacción de memoria.

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 - 2019/0586

1. TÍTULO

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEMATICO INTERACTIVO DE UNA PAUTA DE EJERCICIOS DE KEGEL PARAPACIENTES PUERPERAS DEL SECTOR I

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0618

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA DENTAL Y GINGIVAL EN EMBARAZADAS Y EXPLICACIÓN DE DENTICIÓN EN BEBÉS Y SU HIGIENE ORAL

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL SALILLAS GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MORENO MARIA LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado charla formativa al grupo de embarazadas que lleva la Matrona Titular del CS Parque Goya Dña. Dña. Alicia Cantero Sáiz
Fecha y hora: 17/12/2019. 12:00 horas
Lugar: Sala Multiusos del CS Parque Goya, Zaragoza Sector I
Personal que imparte la mejora: Dr. Miguel Salillas Gracia e Higienista María Luz López Moreno
Nº de participantes 12
Actividad realizada: Charla combinada con medios audiovisuales
Recursos empleados: Proyector y pantalla mural
PowerPoint sobre el tema: elaborado por el Dictante principal. Combinando: texto, dibujos y fotos
Videos del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos sobre Técnicas de Higiene Oral: Cepillado dental, uso de seda dental e interproximales, limpiador lingual, colutorios, etc..
Discusión comunitaria y turno de preguntas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realiza encuesta anónima que rellenan 8 de las 12 participantes en la charla
Se realizan 7 preguntas, que son:
1 La charla ha conseguido los objetivos propuestos
2 El nivel de conocimientos con que se han tratado los temas, ha sido adecuado
3 La charla ha sido de su interés
4 Recomendaría la asistencia a esta charla a sus conocidos
5 Está satisfecha de haber asistido a esta charla
6 Los ponentes han sido capaces de explicar y transmitir sus conocimientos con habilidad y claridad
7 La relación entre los dictantes y los asistentes ha sido cordial y se ha desarrollado en un clima favorable
Cada pregunta se valora de 1 a 5. Siendo 1 muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 Término medio, 4 de acuerdo y 5 muy de acuerdo.
Sumados los resultados de la encuesta:
La pregunta 1 se valora con una media de: 34 (mínimo 8 y máximo 40)
La pregunta 2 se valora con una media de: 34 (mínimo 8 y máximo 40)
La pregunta 3 se valora con una media de: 33 (mínimo 8 y máximo 40)
La pregunta 4 se valora con una media de: 31 (mínimo 8 y máximo 40)
La pregunta 5 se valora con una media de: 33 (mínimo 8 y máximo 40)
La pregunta 6 se valora con una media de: 35 (mínimo 8 y máximo 40)
La pregunta 7 se valora con una media de: 34 (mínimo 8 y máximo 40)
Total media: 234 (mínimo de 56 y máximo 280 puntos)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones:
Pensamos que el Plan de Mejora ha sido satisfactorio para el grupo de embarazadas, con una idea principal que es: "el embarazo no cuesta uno o varios dientes" y así romper esa idea tan profundamente establecida en la Sociedad: así como que la situación para evitar patología o complicaciones durante el embarazo está en su mano llevando una correcta HO y revisión con el dentista . Se ha enseñado técnicas de HO en los primeros meses de los bebés y la importancia de los hábitos.

Recomendaciones:
Hemos pensado añadir material explicativo con modelos de dentadura y cepillo para explicar de forma directa la técnica de HO, así como llevar material de HO real para que las embarazadas lo vean in situ y lo conozcan.
Hemos decidido continuar con el proyecto para el año 2020 e incluir las mejoras comentadas

7. OBSERVACIONES.

Mi titulación firmada por el Jefe de Estado, y en su nombre no recuerdo quién, se indica que soy: Médico Especialista en Estomatología, por ello en el apartado sobre profesión me enmarco en mi titulación Oficial más encajable la de Médico, renunciando al de Licenciado o Grado en Odontología que no lo soy.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/618 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0618

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA DENTAL Y GINGIVAL EN EMBARAZADAS Y EXPLICACIÓN DE DENTICIÓN EN BEBÉS Y SU HIGIENE ORAL

Nº de registro: 0618

Título
PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA DENTAL Y GINGIVAL EN EMBARAZADAS Y EXPLICACIÓN DE ERUPCIÓN DENTICIÓN EN BEBÉS Y SU HIGIENE ORAL

Autores:
SALILLAS GRACIA MIGUEL, LOPEZ MORENO MARIA LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cuidados en pediatría
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Como promoción y prevención de la Salud Bucodental, incidiendo en embarazadas, dado que sus cambios hormonales provocan gingivitis y estomatitis del embarazo. Explicar normas de Higiene Oral específicas durante el embarazo a mujeres con buena HO y mejora en mujeres con HO baja. E incidir en la importancia de la iniciación de HO en los bebés y como realizarlo.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es implementar la mejora de la salud bucodental en embarazadas y menores en sus primeros años de vida y conciencias a la población diana de la importancia de la HO en ellas y sus hijos/as.

MÉTODO
Charlas informativas a las matronas y a las embarazadas en grupo y explicación oral y mediante diapositivas o PowerPoint de las enfermedad cariogena, gingivitis e higiene oral en adultas y en niños menores de cuatro años.

INDICADORES
No se precisan

DURACIÓN
Contactar con las embarazadas a través de las Matronas en fechas de reunión colectiva con las mujeres embarazadas.

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 - 2019/0825

1. TÍTULO

Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE LUIS MIGUEL GARCIA PARICIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PARDO PARDO CONSUELO
MONTESINOS ESCARTIN TAMARA
ASTIER PEÑA MARIA PILAR
GONZALEZ PEREZ EMILIO
GARCIA IZUEL PATXI
PEREZ COLON MARIA EUGENIA
PEREZ VELA JUAN ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Febrero, tras una reunión presencial multidisciplinar con los representantes de la AECC y del Hospital San Juan de Dios, como toma de contacto y planteamiento del proyecto. Se han ido realizando aportaciones mensuales vía correo electrónico, además en una cuenta de Dropbox se colgaba la documentación y recursos disponibles, sobre los que se iba trabajando, en esta lista se han ido incluyendo a las personas implicadas en el proyecto, responsables de distintas áreas (gestión de voluntarios de cada entidad y de recursos)
Posteriormente se realizó una reunión física en Julio en el Centro de Salud con el personal del propio centro, implicado en el proyecto y con personal de la AECC y el Hospital San Juan de Dios, en ella se concretaron los servicios a ofertar por cada entidad, se conoció físicamente a los responsables de cada entidad encargados y se dejó esbozado el protocolo a seguir.
Aunque se mantenía actividad fluida por mail, se realizaron otras 3 reuniones físicas que fueron en los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre.
En Octubre se completó el algoritmo de actuación.
En Noviembre se terminó de desarrollar el protocolo completo de actuación, y una separata para difusión del proyecto.
A partir de Noviembre se inició la búsqueda activa de pacientes.
En Noviembre se incluyó un paciente que falleció cuando iba a ser incluido en el proyecto.
En Diciembre se encontraron 2 pacientes, uno denegó el uso del servicio y otro presentó una reagudización que precisó ingreso hospitalario.
Dado el perfil tan específico de pacientes, no se pudo incluir nadie antes de tener un protocolo completamente elaborado.
Actualmente disponemos de un algoritmo, una separata informativa para el público, y un protocolo que explica dicho algoritmo.
La previsión es continuar todo 2020 en actuación de campo, integrando pacientes en el programa y llevando el protocolo de actuación a la práctica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dada la complejidad del proyecto por presentar carácter multidisciplinar y con colaboración de distintas entidades, en un paciente complejo que precisa ser atendido en un breve periodo de tiempo, no hemos podido ejecutar el proyecto hasta tener un protocolo completamente elaborado, y tras tenerlo la muestra es muy específica, esperamos tener suerte durante este año. Dado que no ha podido desarrollarse.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente ejecutar el programa, el diseño que parecía inicialmente sencillo ha resultado complicado en la elaboración de un algoritmo que mantenga correctamente informado al personal implicado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/825 ===== ***

Nº de registro: 0825

Título
Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS

Autores:
GARCIA PARICIO LUIS MIGUEL, NAVARRO VITALLA OSCAR, PARDO PARDO CONSUELO, ASTIER PEÑA PILAR, RODRIGUEZ CURIESES
PETRA, MENDI METOLA CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0825

1. TÍTULO

Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Terminales no oncológicos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El paciente paliativo es un paciente muy vulnerable con muchas necesidades que aumentan según avanza la enfermedad. La situación deseable de estos pacientes es que puedan permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible en un entorno familiar seguro, evitando ingresos por desconocimiento de cuidados, sobrecarga de la familia o falta de recursos.

El equipo de referencia de este paciente son los profesionales de Atención Primaria. Son estos profesionales los que habitualmente conocen las necesidades del paciente y la familia y los que consultan o solicitan colaboración a los ESAD si precisan.

Pero somos conscientes que tanto los pacientes como los familiares tienen también necesidades psicológicas, sociales y espirituales y que es un objetivo mejorable del Servicio Aragonés de Salud.

Las herramientas fundamentales para responder a las necesidades de atención de los enfermos terminales y sus familiares son el control óptimo de síntomas, la información y comunicación adecuada y también un cambio en la organización que permite adaptarse a necesidades distintas y con objetivos distintos, a medida que avanza la enfermedad.

El equipo interdisciplinar con formación es la base fundamental para proveer una atención integral, y son las necesidades de los enfermos y familiares los que deben regir su organización práctica para garantizar una atención integral sanitaria, social, emocional y espiritual durante el proceso de la enfermedad

El Sector I cuenta con los siguientes recursos que hay que coordinar y dar a conocer:

- o Atención Primaria Sector Zaragoza I: Centro de Salud
- o Hospital San Juan de Dios de Zaragoza: ESAD
- o AECC de Zaragoza

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal : Mejorar y actualizar la atención a estos pacientes a través de:

1. Crear un equipo de trabajo en el que participen profesionales del ESAD del Hospital San Juan de Dios, médicos y enfermeras de Atención Primaria, psicólogos y responsables del voluntariado de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y la Dirección de Atención Primaria.
2. Actualizar/Recoger en un solo documento o protocolo que coordine todas las acciones y actividades que actualmente se desarrollan desde AP, ESAD y AECC en el proceso de los cuidados paliativos en nuestro Sector que incluya la atención integral sanitaria, social, emocional y espiritual durante el proceso de la enfermedad
3. Garantizar la identificación del cuidador/referente principal Y mejorar su rol por medio de la información, formación y soporte del equipo de cuidados.

MÉTODO

Difusión del protocolo entre los profesionales.

Elaboración y difusión en formato de díptico entre los usuarios afectados y/o sus familiares.

Se ha elegido el CS La Jota como centro piloto para 2019.

Población diana

Pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos a los que se les diagnostique desde AP cualquier necesidad física, psicológica, social y espiritual.

Agentes:

- Hospital San Juan de Dios de Zaragoza: ESAD y voluntarios
- Asociación Española Contra el Cáncer, AECC Zaragoza
- Atención Primaria del Sector Zaragoza I

Metodología

La detección de las necesidades será siempre desde AP, y serán estos profesionales los responsables de informar de la posible colaboración con AECC y HSJD.

- Necesidades asistenciales: serán atendidas directamente por el equipo de AP, y si estos lo consideran, con la colaboración del ESAD I.

- Necesidades psicológicas: serán atendidas por psicólogos de AECC (pacientes oncológicos) o psicólogos HSJD (pacientes no oncológicos).

- Necesidades sociales: TS de la AECC y de Atención Primaria. Ayudas técnicas y voluntariado de la AECC y HSJD.

- Necesidades espirituales: serán abordadas por voluntariado preparado de la AECC.

El problema de la soledad se afrontará desde Trabajo Social, psicólogos y voluntariado que realiza una labor de acompañamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0825

1. TÍTULO

Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS

INDICADORES

- Creación/Constitución de Equipo Multidisciplinar
- Diseño/revisión y/o redacción de protocolo de organización y coordinación de equipos multidisciplinar
- Registro Valoración Sociofamiliar + Identificación Cuidador Principal OMI-AP (% en Pacientes Incluidos)
- Pacientes atendidos con soporte de Voluntariado AECC (% en Pacientes Incluidos)
- Pacientes atendidos con reingreso/exitus hospitalario(% en Pacientes Incluidos)

DURACIÓN

Inicio : Febrero 2019
Constitución grupo de trabajo : marzo 2019
Pan de comunicación : mayo 2019
Finalización 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 - 2019/0850

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ASTIER PEÑA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MAHULEA LILIANA
CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES
CATALAN CANTERO MARIA PILAR
LABADIA NAVARRO MARIA LUISA
CASAÑAL SOLANAS ISABEL
AZNAR GOMEZ LAURA
MARTINEZ LAVILLA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º Elaboración de documento con la dotación para atención urgente del EAP La Jota y procedimiento de atención urgente del EAP La Jota para medicina de familia. Diciembre 2019

2º. Revisión y evaluación de los puntos críticos de la atención urgente, por medio de un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) con todo los profesionales del EAP. Se prioriza 2 de las actividades con mayor puntuación de priorización (NPR): mejorar el procedimiento de atención urgente en domicilio y reconsiderar la ubicación de la sala de urgencias para unificar las urgencias de pediatría (actualmente en una consulta pediátrica) y de adultos en la nueva sala. Mayo 2019

3º Revisión y actualización de la dotación del carro de paradas y botiquín de urgencias con el nuevo protocolo de dotación de carro de paradas y botiquín de salas de urgencias de centros de salud del Sector Zaragoza I de diciembre de 2018 tanto en el centro de salud de La Jota como en el centro de apoyo de "La Jotilla". Actividad mensual de enero a diciembre 2019 para la sala de urgencias de medicina familia adultos y para el dispositivo de "La Jotilla".

4º Desarrollo de 3 sesiones formativas para Informar y formar al personal sanitario del EAP del procedimiento de atención urgente y del material y equipamientos disponibles a través de 5 casos clínicos incluyendo uno de pediatría. El grupo de trabajo es multidisciplinar con personal de enfermería, auxiliares de enfermería y medicina. Junio y Septiembre 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Documento actualizado del procedimiento de atención urgente del EAP La Jota. Indicador: Existencia del documento a final de año 2019. Se ha realizado el procedimiento de actuación. Si bien se ha identificado como punto crítico para poder unificar la dotación de urgencias para pediatría y adultos, la necesidad de cambiar la ubicación de la sala de urgencias a una consulta ubicada en el centro de la planta baja accesible a pediatría y medicina de familia. Igualmente, dentro del manual de procedimientos figura la necesidad de desplegar un triaje. Por lo que se crean 3 grupos de trabajo para abordar el proceso de triaje desde admisión, triaje desde enfermería y triaje desde medicina de familia. Estos grupos de trabajo concretará aspectos a incluir en la renovación del procedimiento de atención urgente.

2. Existencia de dos carros de parada con dotación según el procedimiento de sector I (Centro de salud y edificio anexo). Indicador: Existencia de los carros a final de año 2019. Se ha dotado los dos carros.

3. Implantación del procedimiento de revisión del material de carro de paradas y botiquín de sala de urgencias con la cumplimentación mensual de las revisiones con los checklist definidos en el procedimiento. Indicador: Existencia del checklist y que está cumplimentado para los 12 meses del año 2019 en el CS La Jota y de 3 meses últimos de 2019 para el de La Jotilla.

4. Desarrollo de 3 sesiones formativas: una sesión con los 5 casos clínicos de actuación con el carro de paradas en la sala de urgencias. 2 sesiones para explicar y aplicar el uso del maletín de urgencias exteriores en domicilios urgentes o en la calle. Indicador: desarrollo de al menos 3 casos clínicos para todos los profesionales del EAP. Se han realizado las sesiones formativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión del procedimiento de urgencias del centro de salud (revisión previa en 2015) ha permitido identificar una serie de problemas ya conocidos por los profesionales pero no abordados de forma unificada: desconocimiento del procedimiento (ha habido alta rotación de profesionales), sala de urgencias pediátricas separada de adultos, falta de triaje de los avisos urgentes.

1. Llegar a un consenso del procedimiento de actuación ante una atención urgente en el centro de salud, coordinando a los profesionales. Iniciar un proceso de consenso en relación a los roles en el triaje de solicitudes de atención urgente tanto en el centro como en los domicilios.
2. Llegar a un consenso sobre el procedimiento actuación ante una atención urgente fuera del centro de salud.
3. Que todos los profesionales conozcan y utilicen el maletín de urgencias fuera del centro de salud y se revise y reponga el material del mismo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0850

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

7. OBSERVACIONES.

Dos de las acciones identificadas como criticas no se han podido realizar porque se ha demorado la respuesta de la dirección de atención primaria del sector (todavía pendiente desde septiembre de 2019):

1. cambio de ubicación de la sala de urgencias de la sala 2 a la consulta 8 (consulta ubicada en mitad de la planta y accesible equidistante medicina familia y pediatría, equidistante a admisión, a ascensores y a puerta principal) lo que permite una mejor usabilidad. Por otro lado, la actual sala carece de espacio para poder hacer una reanimación en condiciones ya que no permite tener sitio para abordar la ventilación del paciente desde cabecera ni espacio para poder poner de forma central la camilla para facilitar la atención.
2. la necesidad de una dotación de un carro de paradas real (actualmente es un carro de curas adaptado con cajones de plástico rojo y azul)

*** ===== Resumen del proyecto 2019/850 ===== ***

Nº de registro: 0850

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

Autores:
ASTIER PEÑA PILAR, MAHULEA LILIANA, CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES, CATALAN CANTERO MARIA PILAR, LABADIA NAVARRO MARIA LUISA, CASAÑAL SOLANAS ISABEL, AZNAR GOMEZ LAURA, MARTINEZ LAVILLA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ATENCIÓN URGENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN URGENTE

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se han detectados fallos, sin consecuencia asistencial, pero significativos en la dotación de material y equipamiento de la sala de urgencias y en el protocolo de actuación coordinada de los profesionales ante situaciones de atención urgente en el centro de salud de La Jota.
Se ha ejecutado un concurso de traslados reciente y también han ocurrido jubilaciones, por lo que se han producido relevos numerosos de personal que ha llevado a contar con nuevos efectivos que todavía no conocen la dinámica de trabajo del equipo y la ubicación de material y equipamiento.
La atención en urgencia es un punto clave asistencial en la cartera de servicios de atención primaria y común para todo el equipo. Consecuentemente es importante que esta atención se pueda prestar por parte de todos los profesionales con la misma garantía de seguridad y calidad, así como con todos los medios disponibles en el centro de salud

Un punto crucial para garantizar la atención a la urgencia en el Equipo de Atención Primaria (EAP) es la adecuación del espacio de asistencia en urgencia tanto en material como en conocimiento del mismo por parte del personal sanitario. Esto permitirá reducir la probabilidad de que ocurran incidentes de seguridad del paciente estableciendo una acción proactiva de reducción de riesgos tanto en el algoritmo de respuesta del EAP ante la urgencia como en la adecuada dotación de material y equipos.
Otro aspecto clave es la autoformación interna del centro en la atención urgente. Esta formación debe ser periódica y revalidada. Se podría iniciar con la solicitud de apoyo formativo externo

RESULTADOS ESPERADOS

1. Describir la dotación para la atención urgente del EAP de La Jota y local de edificio adjunto.
2. Describir el procedimiento actual de atención urgente del EAP de La Jota.
3. Identificar las áreas críticas para la atención urgente (dotación y procedimiento de actuación) y proponer acciones de mejora.
4. Implantar el procedimiento de revisión y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias de centros de salud, PO_08_Z1(p)E. revisión D en el Centro de Salud de La Jota.
5. Informar y formar a los profesionales del EAP en el procedimiento actual de atención urgente y en el uso del material y equipamiento disponible.

MÉTODO

1º Elaboración de documento con la dotación para atención urgente del EAP La Jota y procedimiento de atención urgente del EAP La Jota.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0850

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

2º. Revisión y evaluación de los puntos críticos de la atención urgente, por medio de un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) con todo los profesionales del EAP. Se priorizarán 2 de las actividades con mayor puntuación de priorización (NPR)

3º Revisión y actualización de la dotación del carro de paradas y botiquín de urgencias con el nuevo protocolo de dotación de carro de paradas y botiquín de salas de urgencias de centros de salud del Sector Zaragoza I de diciembre de 2018.

4º Informar y formar al personal sanitario del EAP del procedimiento de atención urgente y del material y equipamientos disponibles a través de 5 casos clínicos incluyendo uno de pediatría.

El grupo de trabajo es multidisciplinar con personal de enfermería, auxiliares de enfermería y medicina.

INDICADORES

1. Documento actualizado del procedimiento de atención urgente del EAP La Jota. Indicador: Existencia del documento a final de año 2019

2. Existencia de dos carros de parada con dotación según el procedimiento de sector I (Centro de salud y edificio anexo). Indicador: Existencia de los carros a final de año 2019

3. Implantación del procedimiento de revisión del material de carro de paradas y botiquín de sala de urgencias con la cumplimentación mensual de las revisiones con los checklist definidos en el procedimiento. Indicador: Existencia del checklist y que esté cumplimentado en al menos 10 de los 12 meses del año 2019.

4. Desarrollo de 5 sesiones formativas con los 5 casos clínicos de actuación con el carro de paradas y en la sala de urgencias. Indicador: desarrollo de al menos 3 casos clínicos para todos los profesionales del EAP.

DURACIÓN

1. Marzo a Abril 2019: definición del procedimiento de actuación de urgencias en el EAP de La Jota.

2. Mayo a Junio 2019: montaje de carros de paradas para las dos dependencias de atención urgente.

3. Junio 2019: presentación de los checklist de revisión de botiquín y carros a todos los profesionales del equipo.

4. Septiembre - Diciembre 2019: 5 sesiones con casos clínicos de atención urgente para todos los profesionales.

OBSERVACIONES

Descripción de situación actual:

- 2 dependencias físicas diferentes para atender la urgencia: CS La Jota y Edificio próximo con consultas.
- En CS La Jota: Sala de urgencias de uso no exclusivo y carro de paradas no estandarizado.
- Edificio próximo: sin carro de paradas

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 - 2019/0581

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS TIEMPOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARINA PEREZ BENITO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIAZ-PLAZA ARA IGNACIO
HERNANDEZ LAGUNAS JOSE JAVIER
SANCHEZ GARCIA MARIA EVA
DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL
CASCANTE MARTINEZ ALICIA
LOPEZ LAPEÑA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
15 marzo 2019: conformación del grupo de trabajo con los profesionales de fisioterapia implicados y coordinación de los componentes del proyecto.
-20 marzo 2019: diseño de la hoja informativa para entregar a los pacientes.
-3 junio 2019: reuniones informativas a las unidades de admisión de los centros de salud y comienzo de la entrega de las hojas a los pacientes por parte de dichas unidades de admisión.
-15 enero 2020: reunión de seguimiento del proyecto. Puesta en contacto con las unidades de información del sector 1 para recabar los datos necesarios.
-21 enero 2020: reunión con Técnico de Salud de Atención Primaria para consultar dudas sobre la elaboración del proyecto.

Comunicación continuada con las unidades de admisión para recordar la entrega de la hoja informativa a los pacientes en el momento de ser citados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No podemos en estos momentos comunicar ningún resultado ya que se trata de un proyecto que continúa y no disponemos de los datos sobre indicadores y evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El indicador principal de este proyecto es el porcentaje de pacientes que no acuden a la primera consulta de fisioterapia.
Este dato lo deberemos recabar desde nuestras agendas personales en OMI.

7. OBSERVACIONES.
Vamos a realizar una modificación de la pertinencia, objetivos e indicadores del proyecto previamente presentado, no alterando el objetivo principal; con lo cual haremos un replanteamiento de las conclusiones en la memoria final.

PERTINENCIA DEL PROYECTO:
Constatamos en nuestros servicios de fisioterapia que un porcentaje no menor de pacientes no acude a consulta de fisioterapia de primer día.
Las consecuencias de la incomparecencia de estos pacientes son:
-Tiempo perdido en la consulta.
-Aumento de la lista de espera para primera consulta ya que estos pacientes que no acuden a una primera cita solicitan en admisión una nueva cita (con o sin nuevo volante del médico prescriptor).

OBJETIVOS:
El objetivo principal del proyecto es disminuir la incomparecencia a la consulta de primer día, con lo que prevemos reducir la lista de espera para la primera consulta de fisioterapia.
El objetivo secundario es dar a conocer a los pacientes el funcionamiento de la primera consulta y del servicio de fisioterapia.

INDICADORES:
-Porcentaje de pacientes que no acuden a la primera consulta de fisioterapia. Queremos comparar estos porcentajes con intervalos de tiempo de 4 meses (mayo - agosto 2019, septiembre - diciembre 2019 y enero - abril 2020).

-Número de días de lista de espera para primera consulta de fisioterapia al inicio y al final de este proyecto.

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO:
-Fecha inicio: 15 de marzo 2019
-Fecha final: 30 de abril 2020

RECURSOS NECESARIOS:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0581

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS TIEMPOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1

Elaboración de una hoja informativa que se entrega al paciente en el momento de ser citado. Dicha hoja informa al paciente de que debe acudir a su cita y hora indicados y la necesidad de anular dicha cita con suficiente antelación si no puede acudir o ya no la necesita. Además se proporciona el teléfono y dirección del centro para poder anular la consulta.
Así mismo la hoja informativa explica el funcionamiento de la primera consulta y del servicio de fisioterapia en Atención Primaria.
-Fotocopiadora.
-Colaboración de las unidades de admisión de los centros.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/581 ===== ***

Nº de registro: 0581

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS TIEMPOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1

Autores:
PEREZ BENITO MARINA, PLAZA ARA IGNACIO DIAZ, HERNANDEZ LAGUNAS JOSE JAVIER, SANCHEZ GARCIA MARIA EVA, DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL, CASCANTE MARTINEZ ALICIA, LOPEZ LAPEÑA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ausencia injustificada de pacientes citados a primera consulta de fisioterapia, primer día.
Desconocimiento del paciente del funcionamiento de la unidad de fisioterapia y de la 1ª consulta de fisioterapia.
Desconocimiento de los médicos que derivan del funcionamiento de la 1ª consulta de fisioterapia y de la importancia de la derivación adecuada de los protocolos.

Que efectos tiene y sobre quien:

-Aumento de la lista de espera de fisioterapia.
-Insatisfacción de la población por el tiempo de espera para la primera consulta.
-Tiempo perdido en la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocimiento del paciente del funcionamiento de la 1ª consulta y de la Unidad.
Conocimiento del médico derivador del contenido de la primera consulta y de la derivación adecuada.
Disminución lista de espera.
Disminución de las ausencias a la consulta de primer día.

MÉTODO

Presentación a los médicos de hoja informativa que se entregará al paciente derivado a fisioterapia.
Hoja informativa para dar al paciente que es derivado a fisioterapia con información de la primera consulta y del funcionamiento.

INDICADORES

Indicadores:
-Número de hojas entregadas a los pacientes.
-Número de pacientes que fallan a la primera consulta de fisioterapia.
-Número de días que ha disminuido la lista de espera para la primera consulta de fisioterapia.

DURACIÓN

Fecha inicio: 15 marzo 2019
Fecha final: 15 marzo 2020

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0581

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS TIEMPOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1

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 - 2019/0708

1. TÍTULO

REVISION DE VACUNACION DE TETANOS EN POBLACION ADULTA ENTRE 65 Y 70 AÑOS EN C.S BUJARALUZ

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ARANZAZU VILLAGRASA VILLUENDAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BUJARALUZ
· Localidad BUJARALUZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABANCENS YBARRA MARIA TERESA
LLANOS CASADO MARGARITA
AMORES GONZALEZ ANA BELEN
BATISTA GUTIERREZ SILVIA
ABAD ROYO MERCEDES
OCHOA ZARZUELA DIEGO
JARIOD FANDOS MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una reunión con todo el equipo de AP del centro de salud de Bujaraloz, tanto médicos como enfermeras (ya que la captación de estos pacientes se puede realizar en ambas consultas) para unificar criterios sobre las pautas de búsqueda de la población diana en el mes de febrero de 2019. Se propuso que la duración del proyecto fuese de Marzo de 2019 a Diciembre de 2019.

Acordamos que nuestra población diana serían las personas nacidas entre los años 1950 y 1954, es decir, los comprendidos entre los 65 y 70 años. En base a esto se elaboraron listados para cada uno de los pueblos que pertenecen al Centro de Salud (Bujaraloz, La Almolda, Castejón, Valfarta, Peñalba y Candanos) con la población de estudio.

Mediante los listados se realizó la recogida de datos a través de 3 vías diferentes:

Se comprobaron los calendarios vacunales del programa OMI AP para ver si estaban o no vacunados o si faltaba alguna dosis.

En los que no había nada registrado en OMI, se procedió a mirar las Historias de papel donde se anotaban antiguamente las dosis y el tipo de vacuna administrado por si faltaba algún dato que pasar al programa informático (con esto también se comprobó que estaba volcada toda la información vacunal de las historias) Y, por último, preguntamos directamente al paciente sobre la vacunación y si tenían por casa algún documento o registro que constataste la vacunación, ya que si no hay registro escrito cuenta como NO administrada. Se les realizó un cuestionario a cada uno de los pacientes implicados sobre el motivo de la incorrecta o nula vacunación del tétanos. Resultando aproximadamente de un 72% olvido de administrar la dosis correspondiente y 28% desconocimiento total.

Se les ofertó a todos ellos la posibilidad de continuar con la vacunación o iniciar primovacación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del proyecto era aumentar el número de personas correctamente vacunadas del tétanos tanto administrando las dosis que faltan hasta completar la vacunación como iniciar primovacación. Se trata de un estudio realizado en un centro de salud rural de Zaragoza Sector I. La población a estudio fueron todos los pacientes de 65 a 70 años de edad.

La zona de salud de Bujaraloz atiende a una población de 2782 habitantes. En la zona se incluyen 6 municipios que se reparten en 5 cupos: Bujaraloz, La Almolda- Valfarta, Castejón de Monegros, Peñalba y Candanos.

Existe un total de 153 pacientes de la edad a estudio (65-70 años) que sería un 5.50% de la población total de la zona, repartidos de la siguiente manera en los diversos cupos:

Bujaraloz: 32 (1.15%)
La Almolda- Valfarta: 26 (0.93%)
Castejón: 31 (1.14%)
Peñalba: 32 (1.15%)
Candanos: 32 (1.15%)

Los resultados alcanzados al finalizar el proyecto de calidad fueron los siguientes:

BUJARALUZ: Tiene 32 pacientes (1.14%) en ese rango de edad, a los cuales se les realizó a todos revisión del calendario vacunal evidenciando que 22 de ellos (68.75%) no tenía ningún tipo de registro sobre la vacuna del tétanos, a todos ellos se les ofertó iniciar primovacación teniendo como respuesta la NEGATIVA de todos ellos, ninguno inició primovacación. 7 de ellos (21.78%) estaban vacunados correctamente y a 3 (9.38%) les faltan dosis hasta completar las 5 correspondientes.

LA ALMOLDA: Tiene 26 pacientes (0.93%) en ese rango de edad, se les hizo revisión del calendario vacunal a todos, de los cuales 20 (76.92%) no tenían ningún tipo de registro, se les ofertó iniciar la primovacación con respuesta de 6 NEGATIVAS (30%), 14 de ellos (70%) no contestaron ni que si querían ni que no y ninguno de ellos inició primovacación. Vacunados correctamente había 4 (15.38%) y a 2 de ellos (7.69%) les faltaban

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0708

1. TÍTULO

REVISION DE VACUNACION DE TETANOS EN POBLACION ADULTA ENTRE 65 Y 70 AÑOS EN C.S BUJARALUZ

alguna dosis para completar la vacunación correcta.

CASTEJÓN: Tiene 31 pacientes (1.14%) en ese rango de edad, se les hizo revisión del calendario vacunal a todos, quedando 12 (38.70%) sin ningún registro, se les ofertó iniciar la primovacuna obteniendo 11 NEGATIVAS (35.48%) y tan solo 1(3.22%) inició primovacuna. Vacunados correctamente había 15 pacientes (48.38%) y a 5 (16.12%) les faltaba alguna dosis para completar la correcta vacunación.

PEÑALBA: Tiene 32 pacientes (1.15%) en ese rango de edad, se hizo revisión del calendario vacunal de cada uno de ellos, habiendo 24 pacientes (75%) sin ningún registro, se les ofertó iniciar primovacuna a lo que sólo 2 de ellos (8.33%) aceptaron, 2 (8.33%) se obtuvieron NEGATIVAS, 15 pacientes (62.5%) dijeron que se lo pensarían pero al finalizar el estudio no obtuvimos ninguna respuesta y con 5 de ellos (20.83%) no se pudo contactar ni vía consulta ni vía telefónica. Del total de los pacientes a 4 (12.5%) les faltaba alguna dosis para completar la vacunación.

CANDANOS: Tiene 32 pacientes (1.15%) en ese rango de edad, a los cuales se les hizo la revisión del calendario vacunal objetivándose que en 16 de ellos (50%) no había ningún tipo de registro, a todos ellos se les ofreció iniciar la primovacuna, 3 aceptaron (18.75%), con 3 (18.75%) se obtuvo NEGATIVA y con los 10 restantes (62.5%) se habló de la posibilidad de vacunarse y al finalizar el estudio todavía no habían contestado ni que si ni que no. Vacunados correctamente había 8 pacientes (25%) y a otros 8 (25%) les faltaba alguna dosis para completar vacunación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del proyecto por parte del equipo nos ha servido para darnos cuenta del gran desconocimiento que hay por parte de la población sobre la vacuna del tétanos y la alta tasa de negativas a iniciar la primovacuna. Otra parte que ha llamado la atención es que la mayoría de la población estudiada que no estaba vacunada y de negativas es la perteneciente al sexo femenino, alegando que no están en riesgo por cortes y punciones con objetos oxidados. Los hombres sí que recordaban estar vacunados varias veces (a veces, incluso más de 5 dosis) por heridas potencialmente teratogénicas y en la mili, pero sin haber ningún tipo de registro. Se ha hablado todo el equipo de AP del C.S Bujaraloz para impartir unas charlas en las diferentes poblaciones explicando la importancia de vacunarse contra el tétanos y como se puede adquirir dicha enfermedad a ver si así se consigue elevar la tasa de vacunación en la población adulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/708 ===== ***

Nº de registro: 0708

Título
REVISION DE VACUNACION DE TETANOS EN POBLACION ADULTA ENTRE 65Y 70 AÑOS EN C.S BUJARALUZ

Autores:
VILLAGRASA VILLUENDAS MARIA ARANTZAZU, ABANCENS YBARRA MARIA TERESA, LLANOS CASADO MARGARITA, AMORES GONZALEZ ANA BELEN, BATISTA GUTIERREZ SILVIA, ABAD ROYO MERCEDES, OCHOA ZARZUELA DIEGO, JARIOD FANDOS MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BUJARALUZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cobertura de vacunación en nuestra población infantil es de las más altas de Europa (>95%), pero dicha cobertura disminuye de forma drástica en la edad adulta, encontrándose muy por debajo de los niveles recomendados por la OMS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0708

1. TÍTULO

REVISION DE VACUNACION DE TETANOS EN POBLACION ADULTA ENTRE 65 Y 70 AÑOS EN C.S BUJARALUZ

Teniendo en cuenta el beneficio potencial de las vacunas y el importante papel que desempeñan los profesionales sanitarios en conseguir una adecuada cobertura, se hace pertinente iniciar un estudio para detectar los factores que influyen en la aceptación o rechazo de algunas vacunas en la edad adulta (creencias, actitudes, conocimientos...)

En España, el 68,9% de los casos y el 96,9% de las muertes se producen en mayores de 60 años no vacunados, o vacunados de forma incompleta.

Considerando que la vacunación masiva frente al tétanos se introdujo en España hacia 1964 en la escuela y en 1967 en el ejército y en 1975 se implantó el primer calendario vacunal y que los grados de protección pueden durar entre 25 y 30 años, después de una vacunación correcta, es probable que esté protegida más del 90% de mujeres menores de 50 años con escolarización normal y varones menores de 61 años (vacunación en escuela y ejército).

En la actualidad, el Ministerio de Sanidad y Consumo, recomienda la administración de una sola dosis a los 65 años a todos aquellos que hayan recibido correctamente este calendario infantil. En caso de vacunación incompleta, se administrarán las dosis de recuerdo necesarias hasta un total de 5 dosis.

El estudio está centrado en la situación vacunal antitetánica y en adultos entre 65 y 70 años.

Su justificación viene dado por el hecho de que el tétanos tienen elevada mortalidad, y no existe inmunidad natural, existiendo sin embargo, una vacuna muy eficaz, lo que supone que la enfermedad puede ser prevenida de forma eficaz.

RESULTADOS ESPERADOS

Estimar la prevalencia de la cobertura vacunal antitetánica en población mayor de 65 años del C.S Bujaraloz.
Analizar las variables influyentes en dicha cobertura
Completar o iniciar primovacunación en casos detectados de vacunación incompleta.
Establecer la cobertura de vacunación al finalizar el proyecto.

MÉTODO

Reuniones entre el personal sanitario para establecer pautas de la búsqueda.

Búsqueda activa mediante listados de adultos mayores de 65 años que consideraremos la población diana.

Recogida de datos preguntando directamente a las personas mayores de 65 años que acuden a consulta.

Realización de cuestionario sobre el motivo de la incorrecta vacunación (desconocimiento, olvido...)

Se ofertará vacunación a todos aquellos mayores de 65 años tanto para completar como para iniciar primovacunación.

INDICADORES

Cobertura de vacunación antitetánica previa al estudio.

Cobertura de vacunación al finalizar el estudio.

Cuestionario sobre el motivo de la incorrecta vacunación.

DURACIÓN

En Marzo de 2019, se iniciará el estudio con el listado de los pacientes mayores de 65 años pertenecientes a los municipios asociados al C.S DE BUJARALUZ.

En el mismo mes, se elaborará el cuestionario para averiguar el motivo por el que no se encuentran correctamente vacunados.

De Marzo 2019 a Diciembre de 2019, se detectarán los incorrectamente vacunados y se ofertará la posibilidad de completar vacunación correcta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0708

1. TÍTULO

REVISION DE VACUNACION DE TETANOS EN POBLACION ADULTA ENTRE 65 Y 70 AÑOS EN C.S BUJARALUZ

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1514

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACION DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA CLAUDIA ASENJO COBOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LUNA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ ABADIAS ISABEL
LAZARO AYETE MARIA TERESA
ARANAZ DE MOTTA MARTA
MANJON DOMINGUEZ MARIA ANGELES
SOLER ABADIAS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se lleva a cabo en cuatro poblaciones adscritas al Centro de Salud de Luna. Se realizan en dos poblaciones en noviembre y diciembre, se decide posponer las otras dos pues muchas personas se desplazaron fuera de su municipio en el mes de diciembre con sus familiares durante el periodo navideño. Previamente a la actividad se formaron los grupos Balint de 9 y 11 personas en los consultorios de las dos poblaciones. Nos pusimos en contacto con los integrantes del Consejo de Salud de las poblaciones en cuestión y también con los Ayuntamientos que gestionaron el lugar y el material audiovisual para la realización de la actividad. Durante la charla-taller se reparten las hojas personalizadas de registro de medicación y los pictogramas adhesivos. Desayuno saludable.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realiza el 50% del total de las actividades con un 100% de asistencia por parte de los usuarios. Por la importancia del proyecto se decide para que la asistencia y difusión sea máxima la realización de las dos actividades pendientes en el mes de febrero y marzo de 2020. En visitas posteriores al consultorio se constató que el 100% de los usuarios preparaban su medicación correctamente, eran capaces de asociar cada medicación con su patología y colocar correctamente den las cajas los pictogramas adhesivos (para la tensión, azúcar huesos, corazón... y en que momento tomarlos). Se detectaron en uno y dos casos respectivamente un incumplimiento de adherencia al tratamiento). El que los usuarios fueran cooperadores activos de una manera tan gráfica les reportó mucha satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La respuesta por parte de los usuarios ha sido tan satisfactoria que habrá que plantear ampliar la actividad a mas población. Para nuestra sorpresa tuvimos que replantear el contenido de la charla al detectar en grupo de discusión Balint que una parte significativa de los usuarios veía con toda normalidad el pedir consejo y medicación a un familiar o vecino con la misma patología o en casos de alguna patología aguda como procesos respiratorios, dolor muscular etc sin supervisión médica, con el riesgo que ello conlleva. Nos hemos puesto en contacto con el farmacéutico dela ZBS para que en futuras charlas nos acompañe y reforzar la idea de que la autogestión de la medicación es algo necesario, individualizado para cada persona, pero siempre bajo supervisión del personal sanitario. Hemos llegado a la conclusión que también hay reforzar la idea en los usuarios de que el personal sanitario está para comprobar, hacer seguimientos, actualizar, dirigir, en una palabra ayudar a cada usuario siempre que lo necesite a resolver todas las dudas y problemas que les puedan surgir, no siendo ninguna molestia como ellos puedan pensar. Que todas las dudas por nimias que puedan parecer es muy importante resolverlas y que es muy necesario establecer un clima de confianza total para evitar problemas asociados a una mala gestión en la administración de tratamientos farmacológicos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0584

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO MEDIANTE LA MONITORIZACIÓN DE SUS RESULTADOS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE CONCHA VITALLER SANCHO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS PARQUE GOYA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SISAMON VALDRES CARMEN
BECANA SANJUAN MARINA
ARTIGA CASTEL ENCARNA
IBÁÑEZ FLETA EVA
GARCIA MARTINEZ OLIVIA
LEZCANO URIEL JUDITH
PEREZ RAPELA ROSALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

"De todo lo que se cita existe memoria detallada"

1- Mayo 2019 se presenta el Proyecto a todo el Equipo de Enfermería, explicando el peso específico que tiene la enfermería en éste Servicio, se adelanta que hemos solicitado una lista actualizada de los pacientes incluidos en dicho Servicio, para realizar la 1ª Evaluación.

2- Junio 2019 se presenta el Proyecto en el Consejo de Salud de la Zona y se elabora una lista con 4 indicadores, referente a tener registrado en OMI-AP en el Apartado Paciente Crónico Complejo

- Protocolo de Acogida
- Plan de Intervención
- Valoración Enfermera
- Valoración Socio- Familiar

En varias reuniones de Enfermería se recuerda los indicadores que se evaluarán tanto en la 1ª evaluación como en la 2ª evaluación siendo éstos Registros de OMI-AP

3- Julio 2019 se procede a realizar la 1ª evaluación del Proyecto.

4- Diciembre 2019, se solicita nuevo listado de los pacientes incluidos en el Servicio

5- Diciembre 2019 se realiza la segunda evaluación de los pacientes incluidos en éste Servicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1ª Evaluación, resultados:

- 57 pacientes incluidos en el Servicio
- 1 paciente queda excluido porque se le realizó el Protocolo de Inclusión pero luego se le excluyó del Programa.
- 24 pacientes tienen presentes los 4 indicadores
- 10 pacientes tienen presentes 3 indicadores
- 8 pacientes tienen presentes 2 indicadores
- 14 pacientes tienen presentes 1 indicador

2ª Evaluación, resultados:

- 57 pacientes incluidos en el Servicio
- 1 paciente queda excluido porque se le realizó el Protocolo de Inclusión pero luego se le excluyó del Programa
- 2 pacientes fallecidos
- 1 paciente Fuera de la Zona Básica
- 32 pacientes tienen presentes 4 indicadores
- 10 pacientes tienen presentes 3 indicadores
- 5 pacientes tienen presentes 2 indicadores
- 6 pacientes tienen presente 1 indicador

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1- Con la elaboración y puesta en marcha de éste Proyecto se ha demostrado la importancia de los listados actualizados de pacientes incluidos en el Servicio

2- La diferencia de las dos evaluaciones es positiva por el aumento de los pacientes que tienen presentes los 4 indicadores y la disminución de los que solo tienen 1 indicador

3- Y de especial relevancia es que cada enfermero visualice sus propios resultados

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0584

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO MEDIANTE LA MONITORIZACIÓN DE SUS RESULTADOS

*** ===== Resumen del proyecto 2019/584 ===== ***

Nº de registro: 0584

Título
MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE LA MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS

Autores:
VITALLER SANCHO CONCHA, ARTIGA CASTEL ENCARNA, BECANA SANJUAN MARINA, GARCIA MARTINEZ OLIVIA, IBAÑEZ FLETA EVA, LEZCANO URIEL JUDITH, ROSALIA PEREZ RAPELA, SISAMON VALDRES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cronicidad de la enfermedad y el envejecimiento de la población ha dado lugar a éste Protocolo, en el que se pretende la mejora de la salud del paciente, la prevención de sus limitaciones de carácter crónico y su Atención Integral, centrándose en las necesidades de la población en general y del individuo en particular, garantizando la continuidad de los cuidados y favoreciendo su autonomía personal.
Los objetivos de éste Protocolo van encaminados a mejorar la accesibilidad de éstos pacientes y sus cuidadores a su Equipo de Atención Primaria así como hacer fluida la comunicación entre el nivel de Atención Primaria y el de Atención Especializada(Unidad del paciente Crónico Complejo) con el fin de minimizar las descompensaciones y la aparición de eventos adversos, así como mejorar su calidad de vida.
Con fecha 14-02-2018 se imparte en el Centro de Salud una Sesión Clínica para comenzar la implementación de éste Protocolo, observando una gestión deficitaria de éstos pacientes por no disponer de una lista actualizada de los mismos.
La actualización de los listados y la mejora en la implementación del protocolo, incluyendo los registros de OMI-AP, redundaría en una mejor coordinación médico-enfermera y mejor coordinación de los profesionales de Atención Primaria con los profesionales de la Atención Especializada (Unidad del Paciente Crónico Complejo), todo ello en beneficio del Paciente Crónico Complejo

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar los registros de OMI-AP
Monitorizar los Resultados del Protocolo

MÉTODO
- Disponer de una lista actualizada de los pacientes incluidos en éste Servicio en los meses de abril y noviembre.
- Para mejorar la Implementación del Protocolo, realizaremos una Sesión Clínica para el Equipo de Enfermería en mayo 2.019, pues consideramos que la enfermera tiene un "peso específico" importante en dicho Servicio.
- Elaboración de una lista de "item" relacionada con la Atención al Paciente Crónico Complejo: existencia o no de la Inclusión del paciente en el Servicio, Plan de Acogida, Valoración Enfermera, Plan de Intervención, Valoración Sociofamiliar etc....
- Para llevar a cabo éste Proyecto necesitaremos disponer de una lista actualizada de los pacientes incluidos en el Servicio en los meses de abril y noviembre de 2019.
- En mayo se procederá a realizar la primera evaluación de los pacientes incluidos en el Servicio, mediante la lista de "item" ya confeccionada, detectando problemas y analizando los resultados.
- En junio de 2019, se realizará una Sesión Clínica de presentación del Proyecto para todo el Equipo de Primaria y a la vez se dará a conocer el resultado de la 1ª evaluación.
- En noviembre procederemos a la realización de la 2ª evaluación de los pacientes incluidos en el Servicio.
- En diciembre realización del Trabajo de Campo con sus Resultados y la Memoria Final

INDICADORES
- Mejorar los Resultados de la Implementación del Protocolo y la Atención al paciente Crónico Complejo

DURACIÓN
De marzo a diciembre de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0584

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO MEDIANTE LA MONITORIZACIÓN DE SUS RESULTADOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0691

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES... Y UNOS PASOS MAS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE AMALIA OSES SORIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PARQUE GOYA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BECANA SANJUAN MARINA
GRASA CALDEVILLA SOFIA
LOU FRANCES GRACIA MARIA
ALBESQUE CORTES SILVIA
CASAS MORAGA MARIA LUISA
MAZA SOLANAS MARIA PILAR
ARTIGA CASTEL ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

de todo lo que se cita existe memoria detallada

Abril 2019

Y luego elaboración del proyecto de calidad
elaboración dípticos informativos
difusión en consultas médicas y de enfermería

Mayo 2019

Selección de ejercicios apropiados de calentamiento y estiramiento
Elección de aplicaciones para el móvil y otros dispositivos a utilizar en dicha actividad
Colaboración con el coach deportivo de la asociación vecinal

Junio 2019

Se encarga cartel publicitario a la escuela de diseño (ESDA)
Se elabora taller titulado adolescente y hábitos saludables
Se presenta el proyecto de calidad al Consejo de Salud y al equipo de Atención Primaria

Septiembre 2019

Se realiza información y captación de los pacientes en las consultas se elaboran listas
Se oferta también tratamiento dietético a quien lo precise
Se oferta a los colegios de la zona a través del Consejo de Salud esta actividad

Octubre 2019

Se imparte el primer taller de hábitos saludables a los pacientes implicados
Se explican ejercicios seleccionados para dicha actividad, así como el funcionamiento de las aplicaciones y dispositivos
El seguimiento se realiza en consultas programadas

Noviembre 2019

Se elabora encuesta de satisfacción

Diciembre 2019

Inclusión de este programa en la agenda comunitaria
Se realizan las encuestas de satisfacción
Se programa charla del adolescente y hábitos saludables para colegio de la zona
Se programa segundo taller para nuevo grupo interesado

Enero 2020

Se imparte taller de adolescente y hábitos saludables con 120 asistentes
Se imparte segundo taller de hábitos saludables

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización de talleres programados: SI
total 3
Registro de pacientes que se apuntan a la actividad: SI
Total: 26
Registro pacientes que la acaban: SI
Total 20
Realización encuesta de satisfacción: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilidad de los dispositivos y aplicaciones de fácil uso para:
- alertarnos sobre la vida sedentaria que habitualmente llevamos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0691

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES... Y UNOS PASOS MAS

- concienciarnos de la necesidad de ejercicio físico
- ayudarnos a realizarlo

La importancia de la difusión mediante cartelería y en consulta, pero sobre todo la invitación personal
Tenemos un segundo grupo interesado en comenzar

7. OBSERVACIONES.

Los talleres programados en diciembre se impartieron en enero tras las festividades navideñas a petición de los interesados

*** ===== Resumen del proyecto 2019/691 ===== ***

Nº de registro: 0691

Título
HABITOS SALUDABLES ...Y UNOS PASOS MAS

Autores:
OSES SORIA AMALIA, BECANA SANJUAN MARINA, PUYOD ARNAL MARIA JESUS, GRASA CALDEVILLA SOFIA, LOU FRANCES GRACIA MARIA, ALEBESQUE CORTES SILVIA, MAZA SOLANAS MARIA PILAR, CASAS MORAGA MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología: Sedentarismo
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dada la elevada prevalencia en la población, de sobrepeso, sedentarismo y malos hábitos en la alimentación, se plantea la educación y promoción de rutinas saludables.

RESULTADOS ESPERADOS
- Promover y motivar el autocuidado a través de dietas adecuada, ejercicio físico y paseo saludable e intercambio de experiencias, que favorezcan una actitud de cambio y de mejora de dichos hábitos.
- La población a la que va dirigida sería, personas con sobrepeso, diabéticos, hipertensos, o que deseen realizar una actividad en grupo (socialización)
- Interacción de la población con los profesionales y entre ellos.

MÉTODO
- Elaboración de la parte técnica y de ejercicios
- Elaboración de encuentros
- Charlas en centros docentes y asociaciones de vecinos y mayores
- Información a la población, realización de talleres y paseos saludables
- Atención individualizada en consulta programada.
- Recogida de datos y evaluación.

INDICADORES
Realización de talleres programados y realizados (SI/NO)
Registro de pacientes que se apuntan a la actividad (SI/NO)
Registro de pacientes que la finalizan (SI/NO)
Encuesta de satisfacción (SI/NO)

DURACIÓN
Planificación: marzo 2019
Talleres: 2º y 4º trimestre 2019
Evaluación: junio y diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0691

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES... Y UNOS PASOS MAS

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 - 2019/0983

1. TÍTULO

PROGRAMA CONTRA LAS AGRESIONES EN MUJERES QUE TRABAJAN EN SANIDAD

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE PILAR GOMEZ GIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PARQUE GOYA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIN GONZALEZ MARIA LOURDES
LOU FRANCES GRACIA MARIA
PUEYO LAFUENTE VALENTINA
SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL
MAZA SOLANAS MARIA PILAR
RIBOTE CALVO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el mes de marzo y -abril de 2019 se ha contactado con un profesor que realiza cursos intensivos de autodefensa personal y preparado un calendario de actividades para realizar en 2 sesiones, se ha difundido por los medios habituales dicho taller, entre todo el personal del centro de salud parque goya, las sesiones se realizan los días 30 de mayo y 5 de junio en la sala de la matrona del centro de salud parque goya de 13 a 15 horas. participan en dichos talleres, 3 pediatras 2 enfermeras de pediatría, 2 celadores, 1 auxiliar administrativa, 2 médicos de familia, 2 enfermeras, 1 matrona y 1 fisioterapeuta. dicho taller ha sido financiado a título personal por cada una de las participantes durante dichos talleres se han aprendido diferentes técnicas para evitar el conflicto, así como de escape del agresor, y liberación de una sujeción inesperada y huida del conflicto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

se realizó el taller en las fechas programadas, con gran participación, e implicación del personal asistente, así como colaboración por parte del profesor. se presentó el proyecto finalizado al resto del equipo en un día de docencia, y se propuso la realización de nuevos talleres para reafirmar lo aprendido y mejorar en otras técnicas se pasó encuesta de satisfacción al personal que realizó el curso, siendo el resultado completamente satisfactorio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

aprendizaje básico de técnicas de autodefensa en el puesto de trabajo, con posibilidad de continuar el proyecto con nuevas sesiones para afianzar los conocimientos y ampliar las técnicas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/983 ===== ***

Nº de registro: 0983

Título
PROGRAMA CONTRA LAS AGRESIONES EN MUJERES QUE TRABAJAN EN SANIDAD

Autores:
GOMEZ GIL PILAR, PALACIN GONZALEZ MARIA LOURDES, LOU FRANCES GRACIA MARIA, PUEYO LAFUENTE VALENTINA, SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL, MAZA SOLANAS MARIA PILAR, RIBOTE CALVO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INDEFENSIÓN EN EL AMBIENTE SANITARIO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: - prevención de las situaciones potencialmente conflictivas y la violencia en el lugar de trabajo.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0983

1. TÍTULO

PROGRAMA CONTRA LAS AGRESIONES EN MUJERES QUE TRABAJAN EN SANIDAD

PROBLEMA

Las agresiones al personal sanitario son una preocupación creciente en todos los países de nuestro entorno y, del mismo modo, también en nuestro país. Estas agresiones afectan a todos los grupos y categorías profesionales, pero con una incidencia mayor en el caso de las mujeres. Con este plan, se pretende dar un impulso a la prevención, para generar entornos de trabajo libres de violencia y tolerancia cero frente a las agresiones. Un entorno de trabajo inseguro afecta a las relaciones en el lugar de trabajo, a la salud y deteriora la calidad de la asistencia dispensada. Las líneas fundamentales se concretan en las mejoras en procesos de información a las personas usuarias, la capacitación y desarrollo de habilidades de los profesionales o la obtención de información que permita mejorar procedimientos y protocolos de prevención y atención a la víctima. Y apoyar plan de aprendizaje en defensa personal a las mujeres trabajadoras en ámbito de la salud. Se considera a los y las profesionales de la salud un valor esencial del sistema. Por ello, nuestro proyecto combina acciones preventivas con medidas de apoyo, asesoramiento y asistencia al personal agredido, incorpora la perspectiva de género y preserva los derechos de pacientes, al tiempo que protege la salud del personal del sector sanitario. En definitiva, presentamos un proyecto que permite enfrentar uno de los principales problemas que afectan al personal sanitario y que pone en riesgo la atención, la convivencia y el normal funcionamiento de nuestro sistema de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

- Taller de aprendizaje de defensa personal dirigido a las mujeres trabajadoras en ámbito de la salud.
- Impulsar la prevención de las situaciones potencialmente conflictivas y la violencia en el lugar de trabajo.
- Disponer de un sistema proactivo de soporte institucional a las víctimas de las agresiones y facilitarles el asesoramiento y defensa jurídica.
- Mejorar el conocimiento sobre las agresiones, sus causas, factores asociados y consecuencias, incluyendo los aspectos relacionados con el género, con el fin de orientar y aumentar la eficacia de las actuaciones preventivas.

MÉTODO

- Realización de taller de defensa personal. Estará dirigido a todas las profesionales del centro de salud Parque Goya.
- La financiación de este taller corresponderá al centro que lo organice o a cada una de las inscritas.
- Impulsar que se deconstruyan los estereotipos de género, tanto en el ámbito profesional, como social y familiar desde nuestro ámbito del Centro de Salud del Barrio.
- Apoyar acciones de sensibilización sobre la igualdad de género.

INDICADORES

- Presentación del proyecto en un día dedicado a Docencia en nuestro Centro de Salud. (SI/NO)
- Realización de taller para aprender defensa personal. (SI/NO).
- Evaluación de resultados de satisfacción a nivel de las mujeres que hayan realizado dicho taller. (SI/NO).

DURACIÓN

De junio a diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1345

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN EL C.S. DE STA. ISABEL

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA TIRADO AZNAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTA ISABEL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANALES COLAS ANTONIO
TORRES FERNANDEZ ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 dos profesionales del CS de Sta. Isabel han recibido la Formación correspondiente en Dermatoscopia y Tele dermatología durante dos jornadas, 22 y 26 de Noviembre de 2019, la Dra. Marta Tirado Aznar, responsable del Proyecto, y la Dra. Angeles Torres Fernandez.
Estando pendiente la adjudicación de dermatoscopios desde la Dirección para poder completar la formación, así como iniciar el diseño de Agendas para citación de pacientes de la Zona Básica de Salud.
Así mismo iniciar las Derivaciones correspondientes a Dermatología por vía telemática.
En los próximos meses de 2020 realizar la sesión informativa al resto del Equipo para informar del proceso de derivación y citación en la Consulta Monográfica de Dermatoscopia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aún no hemos obtenido resultados dado que el proceso depende de la Dirección de AP del sector I y de la aportación al Centro del Dermatoscopio Correspondiente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La continuidad del Proyecto es indispensable para acortar listas de espera en algunas especialidades como Dermatología, así como hacer un diagnóstico correcto de derivaciones de lesiones con la prioridad adecuada según sospecha de malignidad o no.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1345 ===== ***

Nº de registro: 1345

Título
DERMATOSCOPIA EN EL C.S. DE STA. ISABEL

Autores:
TIRADO AZNAR MARTA, CANALES COLAS ANTONIO, MIGUEL MENDEZ MANUELA, TORRES FERNANDEZ ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA ISABEL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología: Neoplasias
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente en el Sector I existe una demora en diferentes especialidades como consecuencia de la escasez de profesionales. Una de ellas es Dermatología, siendo de varios meses la demora en primeras visitas.
Desde Atención Primaria atendemos diferentes y variadas patologías que podemos resolver con los tratamientos adecuados, pero la valoración de la malignidad de lesiones pigmentadas es difícil y complicada, sin tener la formación y recursos necesarios que nos ayuden a derivar a Dermatología con una aproximación diagnóstica correcta.
La ZBS de Sta. Isabel tiene una población aproximada de mas de 20.000 pacientes, por lo que este tipo de recursos resolverían, en parte, problemas de demora en las interconsultas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1345

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN EL C.S. DE STA. ISABEL

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos a conseguir van encaminados a:

- Una derivación correcta a Dermatología y disminución de lista de espera
- Una formación adecuada de los Médicos de AP del CS de Sta. Isabel
- Disponibilidad de un Dermatoscopio en el Centro
- Diagnóstico precoz de la patología maligna en toda la población adscrita a la ZBS
- Primer paso para comenzar la Tele dermatología en el Sector

MÉTODO

- Solicitud de Formación correspondiente a la dAP del Sector I para los profesionales interesados en este Proyecto, al menos dos en el EAP de Sta. Isabel
- Solicitud de un Dermatoscopio
- Gestionar una línea directa de comunicación con Dermatólogos del Ambulatorio Grande Covian
- Organizar una agenda para citación semanal de pacientes que precisen valoración con Dermatoscopio en el Centro de Salud
- Reunión informativa con el Equipo

INDICADORES

- Número de derivaciones totales a Dermatología durante año 2018
- Número de derivaciones en 2019
- Pacientes vistos en Agenda de creada para visión con Dermatoscopio
- Pacientes vistos y derivados con patología maligna, valoración de la concordancia en el diagnóstico

DURACIÓN

El calendario de inicio dependerá del comienzo de la Formación efectuada desde la Dirección de AP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0996

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR LACAMBRA DEITO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLAMAYOR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FIGUERAS ARA MARIA DEL CARMEN
LLANOS CASADO MARGARITA
ROMEO MARTIN NATIVIDAD
NAVARRO MAS MARIA VICTORIA
ONRUBIA HERRANZ RICARDO
MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER
ELVIRO BODOY TIRSO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas han ido encaminadas a lograr los objetivos marcados en este proyecto: favorecer la calidad de la atención urgente minimizando incidencias; dentro del protocolo de acogida en atención primaria del centro de salud de Villamayor, desarrollar y ampliar el apartado de acogida en atención continuada, facilitando así la incorporación a los nuevos profesionales en el centro de salud, tanto los que se incorporan de forma eventual como fijos.

Actividades:

En Abril 2019, llevamos a cabo la primera sesión por parte del grupo de calidad: elaboración de un nuevo protocolo de acogida al centro de salud, ampliando el apartado correspondiente a la atención continuada. A través de una lluvia de ideas, esbozamos la información que queremos dar a conocer al nuevo compañero; que consideramos importantes para que conozca la forma de trabajar en el centro de salud de Villamayor. Se reparten tareas. Tras esta primera reunión presencial, se crea un grupo de trabajo a través de whatsapp para poder comunicarnos de forma más fácil, rápida y eficiente, y seguir aportando ideas, documentos gráficos y el material necesario para comenzar a elaborar el documento de acogida. Este formato vía red social nos es muy eficaz dado que los integrantes del grupo tenemos distintos horarios laborales.

En Mayo 2019 se lleva a cabo una sesión de presentación a todo el equipo de primaria donde se exponen los objetivos del proyecto de mejora de calidad y las actividades a realizar. Presentamos el boceto del nuevo plan de acogida, que una vez revisado, corregido y aprobado por todos, se envía ya terminado a los correos corporativos del equipo, se incorpora en la biblioteca virtual del centro y se imprime para repartir a los futuros nuevos compañeros. Se pone en circulación el nuevo protocolo a partir de Junio del 2019 con la llegada de nuevos compañeros. Se cuelga en el tablón informativo de la sala de estar una hoja de firmas con la recepción del protocolo. De este modo hemos podido contactar con los compañeros eventuales que se han beneficiado de esta puesta en marcha y cotejar su opinión sobre el protocolo. Se han repartido siete protocolos de Junio a Diciembre del 2019.

En la sala de urgencias se ubican las hojas de registro de revisiones e incidencias para todos los miembros del equipo. Se ha continuado con la firma diaria a lo largo de todo el año, donde plasmamos nuestra firma para asegurarnos que se llevan a cabo las revisiones de urgencias y anotación de cualquier incidencia. Presentamos el informe con los datos recogidos a lo largo del período anterior, cotejamos incidencias, y se animó al equipo a continuar con este registro.

Se vuelve a revisar las hojas de registro a principios de Enero 2020 para cotejar con la recogida de datos anterior. Queda pendiente su exposición al equipo.

Se llegó al consenso de colocar en un lugar visible en la sala de urgencias y consultorios locales, documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre RCP avanzada en el adulto y pediátrico. Se proporcionó el material a todo el equipo a través de sus cuentas de correo corporativo y se colgó en la biblioteca virtual del centro. Se colocaron en lugar visible al día siguiente.

Se llevan a cabo sesiones clínicas de actualización en urgencias y patología prevalente, incluidas en el registro de formación continuada, además de la sesión sin incluir del 19/11/2019 sobre urgencias extrahospitalarias. de Septiembre a Diciembre del 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha continuado con el registro de revisiones e incidencias en la sala de urgencias. Se han colgado en sitios estratégicos de la sala de urgencias de Villamayor y consultorios locales algoritmos sobre RCP y patología urgente. Se ha incorporado a la biblioteca virtual. Se ha creado un protocolo de atención continuada, que se ha incluido en el plan de acogida del centro, beneficiándose de ello cualquier nuevo compañero que se incorpore al equipo. En este caso, han sido, según la hoja de registro de entrega del protocolo, siete compañeros los beneficiados. Se ha incorporado el protocolo a la biblioteca virtual. Obtenemos una gran aceptación por parte de los nuevos compañeros con la información recibida en el nuevo protocolo de acogida. Queda pendiente la exposición al resto del equipo de los resultados obtenidos con el protocolo de acogida y del registro de firmas de mantenimiento de urgencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0996

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS

MÉTODO

Sesión en Abril 2019 de preparación del proyecto por parte del grupo de calidad .
Contacto continuo a través de whatsapp donde se recogen las ideas aportadas que van surgiendo y archivos gráficos que utilizamos para la elaboración del protocolo.
Sesión en Mayo 2019 de presentación del plan de mejora de calidad a todo el equipo.
Sesiones clínicas de exposición de proyecto y de formación continuada en urgencias.
Extracción y difusión de datos obtenidos (pendiente de comunicar al equipo).

INDICADORES MEDIDOS

Protocolo de Acogida:
Protocolo de acogida redactado e incluido en Manual de acogida en el EAP: Sí / No
Protocolo de acogida difundido-presentado en sesión clínica de EAP: Sí / No
Resolución de incidencias:
Número de incidencias tratadas / Número de incidencias registradas : 12 /12= 100%
Número de firmas de medicina/ número de registros: 133 / 256 = 51,9 %
Número de firmas de enfermería/ número de registros: 127/256 = 49,6%
Formación de profesionales en Emergencias/RCP:
Nº profesionales que asisten a las sesiones clínicas / Nº profesionales del EAP: La media de todas las sesiones viene a suponer una asistencia de un 80% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Era importante emprender el proyecto de protocolo de acogida, sobre todo en atención continuada: son muchos los datos que desconocemos cuando nos incorporamos a este equipo por primera vez, y tener dónde recurrir cuando nos surgen dudas, sirve de gran apoyo. El proyecto es totalmente viable con continuidad en el tiempo, quedando así instaurado de ahora en adelante como parte de proyecto de centro.
Ha sido vital que este equipo de trabajo estuviera compuesto tanto por los profesionales que forman parte de los consultorios locales debido a su gran dispersión, como de los que habitualmente atendemos las urgencias en horario de atención continuada.
En cuanto al registro de firmas del mantenimiento de la sala de urgencias, observamos un descenso de las mismas en este último año. Intentaremos realizar medidas correctivas para el próximo año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/996 ===== ***

Nº de registro: 0996

Título
MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS

Autores:
LACAMBRA DEITO MARIA PILAR, FIGUERAS ARA MARIA DEL CARMEN, LLANOS CASADO MARGARITA, ROMEO MARTIN NATIVIDAD, NAVARRO MAS MARIA VICTORIA, ONRUBIA HERRANZ RICARDO, MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER, ELVIRO BODOY TIRSO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLAMAYOR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención continuada
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se plantea este proyecto como necesidad de dar continuidad al ya iniciado en agosto del 2016 con el mismo título, revisando y actualizando todo lo implementado en el servicio hasta ahora, e incorporando nuevas necesidades e inquietudes que surgen tras la incorporación al equipo de continuada de nuevos profesionales de forma temporal que desconocen la forma de trabajar en el servicio, así como la localización y mantenimiento de los medios disponibles.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0996

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS

- Favorecer la calidad de la atención urgente y minimizar las incidencias.
- Mejorar la efectividad y eficiencia de las urgencias.
- Creación de un protocolo de acogida para facilitar la incorporación, sobre todo a la atención continuada, a nuevos profesionales en el centro de salud de Villamayor, conociendo además de la localización, uso y mantenimiento de los medios disponibles, teléfonos de interés, ubicación de consultorios y demás información de interés relativo.
- Presentación y difusión de las mejoras y del nuevo protocolo de acogida a todos los profesionales del eap.

Población diana :población perteneciente a la zona básica de salud de Villamayor y población desplazada en los periodos festivos. Nuevos compañeros que se incorporen al eap.

MÉTODO

- Hoja de registro de revisiones e incidencias para todos los miembros del eap en la sala de urgencias, y que periódicamente analizará el grupo de mejora para originar nuevas acciones correctoras.
- Sesiones periódicas de actualizaciones en urgencias y patología prevalente.
- Diseño de un protocolo de acogida para el nuevo profesional de atención continuada. Se creará a lo largo de dos reuniones; la primera para esbozar a través de una lluvia de ideas los datos que queremos dar a conocer al nuevo compañero e información que va a necesitar para conocer la forma de trabajar en el centro de salud. Reparto de tareas entre los miembros del equipo para elaborar un tríptico o documento para el protocolo. Segunda reunión: presentación y aprobación del protocolo. Presentación al resto del equipo.
- Colocar en la sala de urgencias en lugares visibles y estratégicos, documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

INDICADORES

- Monitorización del registro de firmas diaria, valorando : número de registros mensuales/firma medicina/firma enfermería/días sin ningún registro/incidencias diarias registradas. Incorporación de los resultados a una base de datos y análisis descriptivo de los mismos. Objetivo: Registro superior al 70%
- Porcentaje de profesionales que han acudido a las sesiones clínicas y formativas. Uso de cuestionario estandar. Objetivo: cumplir 80% de las sesiones a impartir. Asistencia de un 80% a las sesiones.
- Protocolo de acogida: Valorar nivel de satisfacción de los nuevos profesionales. Indicadores: Le ha sido útil (sí/no). Añadiría alguna información más (sí/no), en caso afirmativo, especificar qué añadiría. Resultados: presentación de los datos en tablas gráficas. Objetivo: Registro superior al 80% de la variable "le ha sido útil".

DURACIÓN

Abril- Diciembre 2019:

- La hoja de registro se monitoriza de forma mensual y con intención de continuidad. Implantada desde 2016. Los miembros del proyecto de calidad son los responsables de proveer las hojas mensualmente y de la recogida de datos.
- Al menos una sesión trimestral para exponer los datos recogidos de las hojas de registro, y 1 sesión mensual de actualización en urgencias y patología prevalente, evaluando asistencia con un cuestionario. Responsables: miembros del proyecto.
- Protocolo de acogida: Se creará a lo largo del mes de Mayo. Implementación en Junio antes de la incorporación de las vacaciones de verano de nuevos compañeros. Intención de que quede implantado de forma permanente en el centro y revisado anualmente. Responsables: miembros del 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 - 2019/1290

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA CALIDAD DE DIABETES MELLITUS TIPO II

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE TIRSO ELVIRO BODOY
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLAMAYOR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER
ONRUBIA HERRANZ RICARDO
ASENSIO CASORRAN CONCHITA
LACAMBRA DEITO MARIA PILAR
FIGUERAS ARA MARIA DEL CARMEN
IBÁÑEZ ALGORA MARIA JOSE
MARZAL GALINDO MARISOL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1 Creación plan calidad
5.2 Seguimiento de forma colectiva e individual de los indicadores
5.3 Wats up motivadores al chat asistencial para mejorarlos
5.4 Publicación en el blog del centro de salud publicidad de incitación
5.5 Mejora del registro con sesiones % Porcentaje de profesionales que han acudido a las sesiones clínicas y formativas. - Al menos una sesión trimestral para exponer los datos recogidos del cuadro de mandos de diabetes mellitus. Se realizaron ejercicios prácticos para análisis de los problemas y se puso en la formación el plan de mejora para que todos tuvieran acceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No hemos llegado al standard del 20% de los indicadores no ha sido un objetivo real pero si hemos mejorado un 6% y varios Pueblos se han puesto delante del sector I Zaragoza y Aragon. Se han cumplido la mayoría de las actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha establecido un mecanismo de dinámica para mejorar la diabetes por el control trimestral y por fomentar el autoaudit. Deberíamos hacer una sesión de compromiso previa, con una previsión de objetivo mas real. Además de continuar metiendo en el programa de formación sesiones relacionadas o relativas a la diabetes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1290 ===== ***

Nº de registro: 1290

Título
PLAN DE MEJORA CALIDAD DE DIABETES MELLITUS TIPO II

Autores:
ELVIRO BODOY TIRSO, MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER, ONRUBIA HERRANZ RICARDO, ASENSIO CASORRAN CONCHITA, LACAMBRA DEITO PILUCA, FIGUERAS ARA MARIA DEL CARMEN, IBÁÑEZ ALGORA MARIA JOSE, MARZAL GALINDO MARISOL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLAMAYOR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Diabetes Mellitus es un proceso que tiene una alta prevalencia en España 6,96% Aragón 4,87%, pero además especialmente alta en nuestro equipo de atención primaria a veces llegando mas del doble de la prevalencia habitual en España. En nuestro centro la población la diabetes mellitus tiene un prevalencia del 14% en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1290

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA CALIDAD DE DIABETES MELLITUS TIPO II

algunos pueblos del eap.

Los indicadores del diabetes mellitus tipo II van por debajo de los indicadores del sector I de los de Zaragoza y de los de Aragon.

RESULTADOS ESPERADOS

- Favorecer la calidad de la atención al diabético eap de Villamayor.
- Mejorar la efectividad y eficiencia de la atención al diabético con atención a la DIETA Y EJERCICIO.
- Revisión trimestral de los indicadores del cuadro de mandos del dm2 de la población diana

MÉTODO

Se utilizara ciclo de mejora con detección de causas, análisis de causa con diagrama de Iskawa priorización de causa con método de Hanlon, síntesis de indicadores y monitorización de los mismos.

- Reunión inicial con priorización de actividades.
- Mejora registro actividades propias del registro del dm 2.
- 3 Sesiones periódicas de actualizaciones en dm2.

INDICADORES

- Revisión inicial indicadores del cuadro de mandos de diabetes y ver aumento después establecer las actividades.
- Revisión semestral de los indicadores del cuadro de mandos del dm2
- Objetivo: aumento indicadores superior al 20%
- Porcentaje de profesionales que han acudido a las sesiones clínicas y formativas.
- Objetivo: cumplir 50% de las sesiones a impartir.
- Al menos una sesión trimestral para exponer los datos recogidos del cuadro de mandos de diabetes mellitus,

DURACIÓN

- Los miembros del proyecto de calidad son los responsables de proveer las hojas semestral y de la recogida de datos.
- Presentación y difusión de las mejoras y del plan a todos los profesionales del eap y pacientes por el blog del eap Villamayor y waths up asistencial para profesionales.
- Responsables: miembros del proyecto. 9.

ABRIL- DICIEMBRE 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 - 2019/0930

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA ALONSO SENDROS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO
HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO
RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ
ADAN BEGUE MARIA CRISTINA
HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL
GARCIA DOMINGUEZ SUSANA
TIERZ PUYUELO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron las siguientes actividades siguiendo este cronograma:

Marzo 2019: Inicialmente, basándonos en el manual de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias del centro de salud" del Sector I aprobado el 23/12/2018 revisamos cuales son las dotaciones específicas para el carro de paradas y el maletín de urgencias. Este manual es utilizado de guía para conocer el material incluido y presentarlo al EAP del centro.

7/3/2019: Reunión de los integrantes del proyecto para la evaluación del material, valorar carencias y su distribución en la sala de urgencias.

Se establece un turno de revisión en forma de parejas medicina/enfermería para el control y reposición de caducidades de fármacos y material de forma mensual.

Se crea una vía de comunicación por escrito para constatar incidencias o problemas ocurridos durante las asistencias a urgencias como mejora para futuras intervenciones.

14/3/2019: Primera sesión con la elaboración de un powerpoint para presentar el proyecto al resto del equipo. En ella se realizó tormenta de ideas con los temas de más interés para realización de las sesiones formativas de forma trimestral y se plantearon posibles dudas. También se presentaron las modificaciones de la sala de urgencias y la nueva distribución del material del carro de paradas in situ. Se proyecta realizar tres sesiones formativas a lo largo del año sobre diversos procedimientos de actuación, utilización de recursos, material y medicación disponible al personal asistencial del EAP utilizando powerpoint.

11/4/2019: Sesión formativa al EAP: Utilización de la vía intranasal en urgencias de Atención Primaria.

26/9/2019: Sesión formativa al EAP: Electrografía Clínica aplicada al Código Infarto.

14/11/2019: Sesión al EAP: ACV atendido en Atención Primaria. Código Ictus.

Desde septiembre a diciembre de 2019:

Se solicitaron los códigos Serpa del material ausente o aquel que se encuentra en malas condiciones incluidos en el manual de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias del centro de salud" a Suministros de Sector I, para su posterior petición.

Se solicitaron como peticiones especiales de material a Dirección de Atención Primaria del Sector el aspirador quirúrgico y carro de paradas por indicación de Suministros del Sector I.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha realizado un listado del material - medicación presente en el manual de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias del centro de salud" utilizado en el Sector I. Se han contabilizado los elementos no presentes o en malas condiciones en momento inicial de la evaluación objetivando que son: mascarilla con reservorio adulto-pediátrico, Sonda Yankauer de aspiración, Pinzas Magill, Ambú con reservorio de adulto y pediátrico, carro de paradas y aspirador quirúrgico. Posteriormente se ha solicitado su reposición o reemplazo.

- Se han realizado cuatro sesiones formativas en relación con la asistencia urgente en el Centro de Salud con motivo de este proyecto a lo largo de 2019. Se ha calculado el % de miembros del EAP que asisten a las sesiones formativas y seguimiento según registro de firmas de asistencia (se contabiliza miembros EAP Enfermería y Medicina pertenecientes al Centro del Salud del Picarral):

- Sesión de presentación del proyecto en Marzo 2019: 81%
- Sesión: Utilización de la vía intranasal en urgencias de Atención Primaria. (11/4/2019): 68%
- Sesión: Electrografía Clínica aplicada al Código Infarto. (26/09/2019): 75%
- Sesión: ACV atendido en Atención Primaria. Código Ictus. (14/11/2019): 83%

- Problemas - incidencias detectadas: la principal limitación que nos hemos encontrado es la dificultad para solicitar los códigos Serpa y la llegada de material solicitado sin saber cuáles son las causas, faltando a fecha de esta memoria parte del material ausente al inicio del proyecto. No existe un registro de códigos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0930

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS

Serpa para la petición de todo el material que aparece en el manual de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias del centro de salud" del Sector I o por lo menos no es de fácil accesibilidad.

- Se han establecido doce parejas Medicina-Enfermería que han realizado el control y reposición de caducidades de fármacos y material de forma mensual mediante planilla de control realizada para este fin, consiguiendo involucrar al equipo en una actividad que repercute en el buen funcionamiento del centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En primer lugar, este proyecto ha pretendido poner en común el conocimiento de los medios materiales e infraestructura disponible entre los miembros del EAP para la asistencia al paciente urgente en nuestro Centro de Salud. Conocer el material disponible y su disposición en la sala de urgencias supone agilizar el trabajo a los profesionales además que repercute en una mejor atención y satisfacción tanto para el paciente como para los trabajadores.

Las sesiones formativas y la formación continuada son imprescindibles en la profesión sanitaria y en la asistencia a urgencias. Durante este año se han abordado temas solicitados por el EAP de importancia tanto por su frecuencia y como por su gravedad como son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular. En primer lugar se realizó un acercamiento al principal arma diagnóstica que se dispone en el Centro de Salud para la cardiopatía isquémica como es el electrocardiograma, en este caso aplicada al Código Infarto y la atención urgente al Accidente Cerebrovascular con una aproximación al Código Ictus. Ambas tuvieron muy buena aceptación entre los miembros del EAP con una visión práctica de ambos temas. También se presentó otra sesión para el conocimiento y manejo práctico de la vía nasal con diversa medicación en Atención Primaria y en su utilización en urgencias mediante los atomizadores nasales disponibles en el maletín de urgencias.

La creación de un orden con parejas Medicina-Enfermería para el control y reposición de caducidades de fármacos y material del maletín de urgencias de forma mensual ha supuesto involucrar al equipo con el proyecto, además de repartir también la carga de trabajo y responsabilidades.

Actualmente, estamos pendientes de recibir parte del material solicitado y así reponer y/o sustituir el que se encuentra en mal estado desde la primera valoración que se realizó, siguiendo el manual de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias del centro de salud" del Sector I. Nos hemos encontrado con dificultades para conseguir los códigos Serpas desde suministros del Sector, al no coincidir luego con el material enviado, o simplemente, no haber llegado a pesar de ser solicitado a través de los cauces habituales. También se solicitaron como peticiones especiales a Dirección de Atención Primaria del Sector elementos que no aparecen en el registro de petición habitual, como son un carro de paradas, un aspirador quirúrgico o un maletín grande para llevar el material para atención urgente a domicilio. Sería de gran utilidad, que junto al manual de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias del centro de salud" viniera un listado del material necesario junto a sus códigos. Dar la mejor asistencia médica posible es nuestro deber y responsabilidad y ello conlleva la búsqueda del material necesario para poder llevarla a cabo.

Consideramos este un proyecto sostenible, replicable y necesario, tener actualizada y bien equipada la sala en la que se atienden las urgencias, carros de parada y maletines debería ser una labor primordial en la gestión de los centros de salud.

Esperamos con este proyecto se consiga implementar un protocolo de revisión periódica de todo el material necesario en nuestro centro y pueda ser extensible a otros.

Como conclusión, se puede decir que la concienciación con el tema de la asistencia a la urgencia, el conocimiento del material presente y de su utilización, la necesidad de formación continuada por la gran extensión de temas y patologías presentes ha repercutido de forma positiva en el equipo. Ha servido para aumentar la comunicación entre los integrantes del equipo, presentando diferentes experiencias, debates, resolución de dudas y problemas. Esto abre la posibilidad de continuar mejorando en esta línea de trabajo en los siguientes años y continuar para la optimización de la asistencia.

Los logros de una organización son el resultado de los esfuerzos combinados de cada individuo -Vince Lombardi-

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/930 ===== ***

Nº de registro: 0930

Título
OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS

Autores:
ALONSO SENDROS MARTA, DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO, HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL, TIERZ PUYUELO MANUEL, HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO, ADAN BEGUE MARIA CRISTINA, RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ, GARCIA DOMINGUEZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0930

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS

SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención a la urgencia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La asistencia urgente en el centro de salud precisa de una actualización continua tanto del personal asistencial como de las técnicas diagnóstico- terapéuticas. A su vez también es necesario contar con la infraestructura y el material adecuado para poder realizar el acto asistencial urgente dentro de unos criterios de calidad adecuados. Para ello se hace necesario en primer lugar disponer de la dotación materia y recursos necesarios en el centro, para que sea similar a la ya existente en otros centros de salud del Sector.
La gestión y el control del material e instrumental, del botiquín, del carro de paradas con su medicación correspondiente y de los maletines para la asistencia urgente fuera del centro, permitirán la optimización de recursos y garantizar la seguridad del profesional y paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la asistencia, aumentando la capacidad resolutoria a nivel de atención primaria sin precisar derivación a nivel hospitalario y/o especializado.
Aumentar la seguridad y satisfacción del profesional y el paciente.
Mejorar el control de los recursos de infraestructura aplicados en la sala de urgencias, botiquín, medicación, carro de paradas y maletines para su utilización fuera del centro.
Revisar la dotación material para la asistencia urgente del paciente, descubriendo posibles carencias o déficits en la estructura, organización y/o formación, que una vez suplidas redundará en una mejor calidad asistencial al usuario.

MÉTODO

Se utilizarán los procedimientos ISO 9001 utilizados en manuela de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de parada y maletín de urgencia del centro de salud" del Sector I aprobado el 23/12/2018 como guía para que el EAP conozca las dotaciones específicas para la atención a urgencias, en especial para el carro de paradas y maletín de urgencias.
Se evaluará el material presente y las posibles carencias que existan para su posterior petición.
Se realizarán sesiones formativas de forma trimestral sobre procedimientos de actuación, utilización de recursos, material y medicación disponible al personal asistencial del EAP.
Se establecerán turno en forma de parejas establecidas medicina/enfermería para el control y reposición de caducidades de fármacos y material.
Se creará una vía de comunicación para posibles incidencias o problemas ocurridos como mejora para futuras asistencias.

INDICADORES

Listado de material - medicación presente en procedimiento ISO 9001 utilizado en el Sector I. Contabilización de elementos no presentes en momento inicial de la evaluación.
% de miembros del EAP que asisten a las sesiones formativas y seguimiento.
Nº de sesiones formativas en relación a la asistencia urgente del paciente.
Nº de incidencias-problemas contabilizados en el sistema de seguimiento.
Nº de parejas Médico-enfermera que han realizado el control y reposición de caducidades de fármacos y material.

DURACIÓN

Marzo 2019: Reunión del equipo de calidad del EAP para valoración de posibles mejoras en la asistencia urgente. Exposición de experiencias e incidencias. Tormenta de ideas. Contabilización - revisión del material presente en la actualidad y valoración carencias de material para su posterior petición.
Abril 2019: Adecuación del carro de paradas, botiquín y maletines de urgencias tomando como guía los procedimientos ISO 9001.
Mayo 2019: Presentación al equipo del trabajo de adecuación realizado mediante una sesión y visión in situ de la sala de urgencias, carro y maletines. Explicación de los procedimientos a realizar.
Marzo a Diciembre 2019: realización de forma trimestral de sesiones con temas relacionado con urgencias
Diciembre 2019: evaluación de indicadores y conclusión

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0930

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS

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 - 2019/0991

1. TÍTULO

MEJORAR EL USO DE LOS ANTIBIOTICOS: UNA TAREA DE TODOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ RODRIGUEZ LARRAGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA DOMINGUEZ SUSANA
CUARTERO BERNAL JAVIER
CABIA FERNANDEZ LAURA
DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO
ASIN MARTIN VICTORIA
CARO DUARTE ANGEL VICENTE
PEÑA PORTA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó sesión clínica en el centro de salud sobre proyecto IRASPROA por parte de la farmacéutica del sector en febrero de 2019. Posteriormente se determinó los integrantes del proyecto de mejora.

El 30 de abril de 2019, conforme a la fecha prevista, se expuso el proyecto en la reunión del Consejo de Salud con muy buena aceptación, solicitando a sus miembros su difusión y apoyo. Se les explicó también conceptos básicos sobre uso racional de los antibióticos. Se nos ofreció el salón de reuniones de la AAVV y se fijó la fecha prevista para la charla.

En abril de 2019 se contactó por teléfono con los médicos responsables de las tres residencias privadas del Picarral.

El 30 de mayo de 2019 y conforme a fecha prevista, la farmacéutica del sector en ese momento, Laura Cabia Fernández, impartió una charla informativa con PowerPoint en la AAVV Picarral, con el título "El uso responsable de los antibióticos: una tarea de todos". Previamente se había informado a la población con carteles que se colocaron tanto en el centro de salud como en distintas zonas del barrio.

Tras la charla se les entregó una encuesta donde se les formuló cuatro sencillas preguntas a la que debían contestar voluntariamente, indicando si/no :

- ¿Usaría un antibiótico en un catarro o una gripe?
- ¿Cree que en un dolor de garganta se necesita siempre tomar antibióticos?
- ¿Pediría un antibiótico a su médico si éste no se lo receta?
- ¿Toma antibióticos a la dosis y días que le indica su médico?

Y una última encuesta sobre la utilidad de la información recibida en la charla, que debían contestar de 0 a 10, siendo 0 poca utilidad y 10 mucha utilidad.

Con respecto a las sesiones en el centro de salud, conforme se han publicado en intranet los protocolos de prescripción antibiótica en las distintas patologías, se han impartido las charlas al equipo. Se han realizado dos sesiones, que han sido sobre patología respiratoria el 12 de junio de 2019 y patología urinaria el 3 de octubre de 2019. A ambas se invitó por mail a los médicos de las residencias de nuestra zona.

A lo largo de todo 2019 se ha realizado intercambio de información vía mail con los médicos de las residencias y se ha entregado al equipo médico del centro de salud y a los médicos de las residencias los protocolos de prescripción, y se han dejado copias impresas de los protocolos en la consulta de atención continuada.

El 19 de septiembre de 2019 se realizó charla informativa al equipo del centro de salud sobre la marcha del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto: 8
- Número de sesiones realizadas en el Centro de Salud Picarral a lo largo de 2019 sobre el uso correcto de antibióticos: dos sesiones clínicas

· Número de asistentes a las sesiones y número de médicos de las residencias asistentes:

1ª sesión: 10 asistentes de los 14 médicos del equipo.

1 médico de los 3 médicos de residencias privadas.

2ª sesión: 11 médicos de los 14 médicos del equipo

3 médicos de las residencias .

- Número de asistentes a la sesión para informar sobre el proyecto : 17 asistentes

- Número de asistentes a la charla de la AAVV: 19 personas

- Encuesta de satisfacción de la charla de la AAVV: 14 encuestas respondidas.

¿Usaría un antibiótico en un catarro o una gripe? NO 100% SI 0%

¿Cree que en un dolor de garganta se necesita siempre tomar antibióticos?

NO 100% SI 0%

¿Pediría un antibiótico a su médico si éste no se lo receta? NO 100% SI 0%

¿Toma antibióticos a la dosis y días que le indica su médico? SI 92% NO 8%

¿Le ha resultado de utilidad la información recibida en la charla? Media 9,2 (0 poca utilidad y 10 mucha utilidad)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El uso correcto de los antibióticos es una responsabilidad compartida entre los profesionales sanitarios, administraciones y ciudadanos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0991

1. TÍTULO

MEJORAR EL USO DE LOS ANTIBIOTICOS: UNA TAREA DE TODOS

Hay muchas actividades de formación en los profesionales sobre este tema, por eso nuestro proyecto de calidad ha intentado contribuir a la implicación de los ciudadanos en una doble vertiente: por un lado la conexión con las residencias de nuestro entorno y por otro lado la información al usuario. Las tres residencias privadas de nuestra zona atienden a unos 300 ancianos, muchos de ellos frágiles y polimedificados. Tanto para los médicos encargados de las residencias como para el equipo, la iniciativa fue recibida con interés y ha resultado gratificante. Las residencias privadas aceptaron de inmediato acudir a las sesiones del centro de salud así como mantener contacto telefónico o por mail con ellas. Han conocido las recomendaciones sobre antibióticos que estamos siguiendo el equipo, y las reuniones han dado lugar a intercambio de ideas, dudas y a la discusión de casos clínicos concretos, haciendo que la comunicación haya sido mas fluida, y aumentando la implicación en la prescripción adecuada de antibióticos y la concienciación sobre el grave problema de la resistencias bacterianas. Sería una continuación de este proyecto la valoración cuantificada del número de antibióticos prescritos por las residencias y podría dar lugar a un segundo proyecto de calidad. Por otro lado, la exposición en el consejo de salud y sobre todo la charla que se dio en la AAVV fue muy bien valorada por los asistentes. Fue un comentario común que aunque el tema de la charla parecía en un principio árido, les resultó muy amena y sorprendente y sin duda contribuía a mejorar los conocimientos sobre el tema, dando explicaciones sencillas a preguntas que el paciente se hace del tipo " ¿por qué el médico no me ha prescrito tratamiento antibiótico? o ¿por qué la fiebre no se trata con antibióticos?". Sin duda iniciativas de este tipo hacen que la población se implique más en el uso óptimo de los antibióticos, siendo también muy gratificante para los componentes del equipo de mejora, ya que nos pone mas en contacto estrecho con la población. Decir que hemos contado para con la decidida colaboración de la farmacéutica del sector. Finalmente este proyecto es fácilmente aplicable a cualquier equipo, tanto urbano como rural.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/991 ===== ***

Nº de registro: 0991

Título
MEJORAR EL USO DE LOS ANTIBIOTICOS: UNA TAREA DE TODOS

Autores:
RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ, GARCIA DOMINGUEZ SUSANA, CUARTERO BERNAL JAVIER, CAVIA FERNANDEZ LAURA, DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO, ASIN MARTIN VICTORIA, CARO DUARTE ANGEL VICENTE, PEÑA PORTA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los antibióticos son un arma terapéutica fundamental en la lucha contra las enfermedades y han conseguido disminuir la morbimortalidad. Sin embargo, el mal uso de los antibióticos ha generado un aumento importante de resistencias y nos deja inermes a pesar de que es una de los mayores amenazas para la salud mundial. La implicación en el uso correcto de los antibióticos es una tarea de todos, profesionales y de la población en general, es necesario modificar la forma de prescribir y utilizar los antibióticos. El proyecto IRASPROA es un programa integral de vigilancia y prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y de optimización del uso de antibióticos por parte de los profesionales. Con nuestro proyecto queremos también apelar a la responsabilidad de la población en el manejo de los antibióticos, por un lado mediante actividades divulgativas para exponer conceptos, usando como vehículo la actividad del Consejo de Salud Picarral y por otro lado, buscar la implicación del personal sanitario de las residencias privadas de la zona mediante el diálogo fluido y la invitación a las actividades formativas en este aspecto.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0991

1. TÍTULO

MEJORAR EL USO DE LOS ANTIBIOTICOS: UNA TAREA DE TODOS

- Sensibilizar a los profesionales del equipo del problema de resistencias microbianas.
- Mejorar los conocimientos sobre antibióticos de los usuarios del CS Picarral.
- Aumentar la implicación de la comunidad en el uso correcto de los antibióticos.
- Implicar a las residencias privadas de nuestra zona en el uso correcto de antibióticos.
- Limitar los tratamientos antibióticos a los casos en que esté indicado, con el apoyo de los pacientes y de las entidades privadas

MÉTODO

Se trata de un proyecto integrado dentro del programa de calidad del EAP Picarral, en el que queremos implicar a la población en el buen uso de los tratamientos antibióticos. Se desarrollarán las siguientes actividades:

- Sesión clínica en el centro de salud sobre proyecto IRASPROA.
- Exposición en la reunión del Consejo de Salud del proyecto, solicitando a sus miembros su difusión y apoyo.
- Exposición del proyecto a los responsables de las residencias privadas de nuestra zona, que son 3, con un número aproximado de 250 pacientes.
- Impartir una charla informativa en la AAVV Picarral sobre uso correcto de antibióticos organizada por el consejo de Salud.
- Sesiones clínicas teórico-prácticas en el centro de salud sobre el tratamiento antibiótico en diferentes tipos de infecciones, a las que se invitará a acudir a los médicos de las residencias de nuestra zona. Promocionar en estos encuentros la discusión de casos clínicos concretos y el intercambio de opiniones.
- Encuesta de satisfacción a los asistentes a las sesiones clínicas.
- Encuesta de satisfacción a los asistentes a la charla de la AAVV Picarral.

INDICADORES

- Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto.
- Número de asistentes a la charla de la AAVV.
- Número de sesiones realizadas en el Centro de Salud Picarral a lo largo de 2019 sobre el uso correcto de antibióticos.
- Número de asistentes a las sesiones y número de médicos de las residencias asistentes.
- Encuesta de satisfacción de la charla de la AAVV: número de encuestas respondidas y valoración de la satisfacción con preguntas simples.
- Encuesta de satisfacción de las sesiones impartidas en el centro de salud: número de encuestas respondidas y valoración de la satisfacción con preguntas simples.

DURACIÓN

Cronograma:

- Sesión clínica sobre proyecto IRASPROA: febrero 2019.
- Reunión con el Consejo de Salud: abril 2019.
- Contactar con las responsables de las residencias de la zona: abril 2019.
- Diferentes sesiones clínicas del centro de salud: durante el año 2019.
- Encuesta de satisfacción tras cada una de las sesiones clínicas.
- Charla de la AAVV en junio 2019 con encuesta de satisfacción.
- Intercambio de información con los médicos de las residencias : durante todo el año 2019.

Duración: el año 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 - 2019/1120

1. TÍTULO

MEJORA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PIE DIABÉTICO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCA ROSARIO HERRANZ CORTES

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALONSO SENDROS MARTA
ADAN BEGUE MARIA CRISTINA
BARANDA VILLARROYA PILAR
DE MINGO LOSMOZOS MARIA JOSE
GARCIA DOMINGUEZ SUSANA
TIERZ PUYUELO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza una convocatoria mediante correo electrónico interno para una reunión previa, en la que se invita a participar a todos los integrantes des equipo que lo deseen, junto con los colaboradores y responsables del proyecto.

La finalidad de la reunión es determinar las actividades que podríamos implementar para una mejor captación de los pacientes diabéticos de forma que sea una carga de trabajo asumible en la consulta diaria

El 23 de Mayo realizamos la reunión:

Tras una tormenta de ideas y debate posterior se decide que el mejor método sería:

Captar un paciente que no tenga realizada la actividad todos los miércoles* desde el mes de Julio hasta Diciembre

Se valorará en cualquier diabético citado ese día por cualquier otro motivo y se captará al primero que detectemos que no tenga realizada la actividad.

Se derivará al paciente a consulta de enfermería para realizarla, si es posible citar ya desde consulta médica para facilitar el cumplimiento.

Si no se consigue captar ese día a ningún paciente se realizará la captación en los día sucesivos.

*Se decide el miércoles por ser un día a priori con menor presión asistencial que el resto de la semana.

Se realiza el 6 de Junio una sesión conjunta enfermería-medicina con asistencia de 20 miembros del equipo en la que:

Se repasa brevemente el concepto de pie diabético, exploración y material necesario para la exploración

Se repasa como se registra actividad en OMC

Se plantea revisión de las consultas en la siguiente semana para detectar si falta de material para exploración y reponerlo si es preciso.

Se comunica la forma de detección que es asumida por el personal asistente.

Para facilitar la difusión en el resto de personal que no asiste a la reunión se comunica por escrito y se entrega a cada médico unas hojas de registro para comprobar que los pacientes citados han acudido a consulta de enfermería. Si se comprueba que algún diabético de los captados no ha acudido a consulta se capta a demanda otro y se le cita con enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- A la sesión de formación asisten 20 miembros del equipo. (La difusión al resto del equipo quedo asegurada al suministrar la información sobre la actividad por escrito).

- Fueron revisadas todas las consultas de enfermería del centro = 7, lo que representa un 100% de las consultas
No faltaba material en ninguna de las consultas

Se consigue captar 104 pacientes de los cuales acuden a su cita 86 pacientes. Representando un 83% de los captados

- En cuanto a la mejoría de los índices de revisión y valoración del pie diabético:

El INDICE DE REVISION DE PIE DIABETICO ha mejorado en un 12%

(En Enero 2019 era de un 15% mientras que en Enero de 2020 es del 27%)

El INDICE DE VALORACION DE PIE DIABÉTICO ha mejorado un 9%

(Enero 2019 era de un 10% siendo en Enero de 2020 de un 19%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1- Han mejorado los índices tras la implicación del equipo y abandonar la inercia de sólo comprobar en las revisiones si la actividad está implementada. Comparando la evolución de los índices en el resto del sector y Aragón hemos mejorado significativamente estos índices lo que nos motiva a seguir trabajando en esta línea que nos ha producido buenos resultados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1120

1. TÍTULO

MEJORA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PIE DIABÉTICO

El INDICE DE REVISION de PIE DIABETICO ha mejorado en un 12% en nuestro centro. (En Enero 2019 era de un 15% mientras que en Enero de 2020 es del 27%) mientras que en nuestra área no ha variado ese índice (este año que es de un 20% en Enero, y esa misma cifra era de 20% también) también hemos superado la mejoría del índice que se ha producido en el total de la Comunidad, donde la mejoría ha sido de un 4% (Enero 2019 era un 24% y en Enero 2020 es del 28%). Superamos por tanto los resultados obtenidos en nuestro entorno y respecto al total de Aragón . Asimismo también mejoramos el INDICE DE VALORACION de PIE DIABÉTICO en nuestro equipo un 9% (Enero 2019 era de un 10% siendo en Enero de 2020 de un 19%) mientras en nuestro sector no se ha producido variación (Enero 2019 11% en Enero 2020 un 11%) y en Aragón se ha mejorado un 1% (Enero 2019 14% mientras que en Enero 2020 un 15%) Superamos por tanto el porcentaje de mejora del tanto resto de la Comunidad, como de nuestro sector.

2- Iniciamos el proyecto de una forma bastante ambiciosa planteándonos captación semanal, debido a la presión asistencial se disminuyo captación hasta al menos captar uno al mes, pero a pesar de ello se han mejorado los resultados, hemos aprendido a modificar la actividad sobre la marcha adaptándonos a las necesidades de la consulta habitual.

3- Tras valorar a los pacientes que a pesar de ser captados no han acudido a revisión hemos objetivado una mejor cumplimentación en pacientes que ya salían de consulta médica con cita para realizar la actividad.

4- Hemos aumentado la implicación del paciente en su autocuidado y su percepción de la importancia de la prevención y de una detección precoz de las complicaciones relacionadas con su diabetes.

7. OBSERVACIONES.

*Todos los porcentajes han sido obtenidos desde el cuadro de mandos de OMI

1- Al ser un año de muchos cambios en el personal estable del centro ha sido más complicado implementar la actividad, a pesar de la alta implicación de todos los miembros nuevos del equipo. Además de que al iniciarse la actividad en meses de verano también dificultaba la captación y derivación por vacaciones tanto del personal como de los pacientes.

A pesar de ello hemos logrado una mejoría en los índices por lo cual creemos muy interesante el seguir realizando esta captación en el próximo año para seguir mejorando la prevención y detección del pie diabético. Por todo ello creemos que es un proyecto de fácil implementación en cualquier equipo tanto urbano como rural para mejorar la atención al pie diabético

2- En cuanto aspectos a mejorar nos ha sido algo complicado el manejar el panel de mandos que nos resulta un poco farragoso de interpretar

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1120 ===== ***

Nº de registro: 1120

Título
MEJORA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PIE DIABÉTICO

Autores:
HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO, ALONSO SENDROS MARTA, ADAN BEGUE MARIA CRISTINA, BARANDA VILARROYA PILAR, DE MINGO LOSMOZOS MARIA JOSE, GARCIA DOMINGUEZ SUSANA, TIERZ PUYUELO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Revisados los resultados sobre la detección del pie diabético en 2018, desde el cuadro de mandos, encontramos que los resultados de detección y manejo en nuestro centro son muy inferiores a lo deseables. Este valor es acorde con los encontrados en nuestro sector u CCAA. Hemos objetivado un registro bajo en nuestro pacientes que creemos puede ser, por un lado a un problema de baja detección, y por otro a un problema de registro (a pesar de haber realizado detección).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1120

1. TÍTULO

MEJORA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PIE DIABÉTICO

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el número de diabéticos tipo 2, ambos sexos y mayores de 15 años, en los que se realizan actividades para detección pie diabético para mejorar detección precoz posibles complicaciones.

MÉTODO

Sesión conjunta equipo:

- Presentar actividades para mejorar captación tanto en consulta de medicina como de enfermería
- Repaso de registro de la actividad en OMI
- Repaso de actividades a realizar para detección
- Revisión de consultas y material necesario.

INDICADORES

Número de asistentes a la sesión de formación
Número de consultas en las que se revisó el material
Número de consulta en las que falta material.
Número de pacientes captados y revisados.
Porcentaje de mejora del índice de detección en 2019 con respecto a 2018

DURACIÓN

Mayo = sesión y revisión consultas
Junio a Diciembre implementación actividades de detección y revisión
Enero 2020 valoración resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1077

1. TÍTULO

USO DEL STREPTOTEST COMO PRUEBA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y SU CONTRIBUCIÓN AL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR NOVELLA ABRIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ZUERA
· Localidad ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERRAIZ GASTESI GONZALO
BURILLO YAGÜE CARMEN
SIERRA SANMARTIN MARIA PILAR
LOPEZ PEIRONA BARBARA
DOMINGUEZ GARCIA ANA ISABEL
CABREJAS LALMOLDA ANA
RUBIO CAVERO RUTH AGUEDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Debido a la dificultad para fijar una fecha específica para la presentación del proyecto al equipo ésta se realizó durante la sesión de presentación del protocolo de infecciones respiratorias IRAS PROA el día 13 de junio de 2019, a la que asistió el 26,6% del personal del equipo. Posteriormente no se han podido convocar sesiones de seguimiento debido a las dificultades de sustituciones durante el periodo vacacional que han sobrecargado al equipo. Por ello, en el mes de Septiembre se dejó en los casilleros de los profesionales médicos impresos con los pantallazos sobre el correcto registro del Test de diagnóstico rápido de Streptotest (en adelante TDR) como recordatorio, al detectarse dudas a la hora de realizarlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para analizar los datos se solicitó a informática la relación de episodios R72 (relacionados con Faringoamigdalitis aguda estreptocócica) desde Mayo a Diciembre de 2019. No se pudieron contabilizar los criterios Centor, pues esto no se puede registrar en OMI. salvo en texto libre.

El total de casos fue de 191, 110 de pediatría y 81 de adultos

En 102 casos (53%) consta realizado el TDR, pero de éstos, solo en el 63% de los casos se ha registrado correctamente, en el resto constaba en texto libre

En 89 casos el resultado fue positivo, y en todos ellos (100%) se prescribió el antibiótico adecuado de acuerdo con la Guía Terapéutica Antimicrobiana de Aljarafe (penicilina o amoxicilina de primera opción y azitromicina en caso de alergia). En los casos en que fue negativo no se prescribió antibiótico alguno

Hay que destacar que el registro ha sido mucho mejor en las consultas de pediatría que en las de Medicina de Familia o de Atención Continuada

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha constatado una escasa realización del TDR ante el diagnóstico de sospecha de Faringoamigdalitis aguda estreptocócica, si bien no se sabe si cumplían los 3-4 puntos de los criterios Centor necesarios para la realización del mismo. En este último caso quizá habría que haber replanteado el diagnóstico.

Tampoco tenemos constancia del nivel de realización del TDR, registro y tratamiento administrado antes de comenzar con el proyecto, por lo que no podemos valorar si realmente ha podido haber o no una mejora.

Además, durante los meses de Junio-Julio y puntualmente en algún momento hubo dificultades de acceso a la realización del TDR por falta de suministro o porque no estaba correctamente ubicado.

Lo que sí que pensamos que ha calado en el equipo ha sido la adecuación del antibiótico frente a un diagnóstico de Faringoamigdalitis estreptocócica, ya que en todos los casos la elección del principio activo ha sido la adecuada y en ningún caso con resultado de TDR negativo se dió antibiótico. En este trabajo no hemos entrado a valorar la dosificación de antibiótico, que quizá podría plantearse como un nuevo proyecto.

La falta de tiempo en las consultas (son necesarios al menos 5 minutos para la realización del TDR, la ubicación del reactivo (en ocasiones guardados en las consultas de pediatría; en algunos consultorios incluso en distintos pisos) y la falta de un protocolo de registro de criterios Centor en OMI y de TDR mas sencillo y unificado para medicina y enfermería (ahora mismo el registro es diferente) ha podido influir en los resultados encontrados.

Durante este periodo de tiempo también ha habido muchos cambios de personal de medicina y enfermería, que por desconocimiento del proyecto ha podido influir en los resultados.

Sería necesario:

- 1.- Implantación de un protocolo de OMI sencillo para el correcto registro de criterios Centor, TDR y tratamiento, lo que ha sido aprobado en sesión de PROA de sector I y se encuentra en fase de borrador
- 2.- Mejorar la accesibilidad al TDR en el Centro de Salud y consultorios (mejorar la ubicación)
- 3.- Reforzar aún más los conocimientos del personal médico del Centro de Salud de Zuera en cuanto a la aplicación y uso e indicaciones de este TDR.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1077

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1077

1. TÍTULO

USO DEL STREPTOTEST COMO PRUEBA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y SU CONTRIBUCIÓN AL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

***** ***

Nº de registro: 1077

Título
USO DEL STREPTOTEST COMO PRUEBA DE DIAGNOSTICO RAPIDO Y SU CONTRIBUCION AL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

Autores:
NOVELLA ABRIL MARIA PILAR, HERRAIZ GASTESI GONZALO, SIERRA SANMARTIN MARIA PILAR, TARONGI SALINAS BEGOÑA, LOPEZ PEIRONA BARBARA, BUISAC RAMON CELIA ESTHER, CAY AURIA MARIA DOLORES, DOMINGUEZ GARCIA ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZUERA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las infecciones del tracto respiratorio superior más frecuente tanto en adultos como en población pediátrica. La mayoría son de origen viral, sólo en un 30% en niños y un 5-15% de adultos está causada por otros agentes, entre ellos el Estreptococo B-hemolítico tipo A (SBHA), causante de complicaciones infecciosas locales, sistémicas y para infecciosas como la fiebre reumática y la glomerulonefritis. Sin embargo, en el 60% de los casos, los médicos prescriben tratamiento antibiótico, contribuyendo al aumento de las resistencias antibióticas derivadas de una mala prescripción, con las consecuencias que esto conlleva. Los criterios Centor como método diagnóstico clínico tampoco discriminan, pues una puntuación de >4 predicen un riesgo de FAA por SBHA del 38 al 63%. El streptotest tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 95% en pacientes con criterios Centor 3-4 para diagnosticar FAA por SBHA.

RESULTADOS ESPERADOS

Aplicar los criterios Centor en el proceso de diagnóstico de FAA.
Incorporar el uso del Streptotest como herramienta de diagnóstico rápido en los casos en que sea necesario y su correcto registro.
Optimización del uso de antibióticos en FAA utilizando las guías de prescripción de antibióticos de nuestra comunidad, basada en la evidencia científica y en los mapas de resistencias de nuestra zona.

MÉTODO

El responsable del proyecto presentará en sesión clínica al equipo en el mes de Mayo de 2019 el proyecto en la que se proporcionará la información referente al manejo de los criterios Centor y el uso y registro del test de diagnóstico rápido, así como el acceso a la guía antimicrobiana de referencia.
A los profesionales que no puedan asistir a la sesión se les proporcionará esta información por escrito en sus casilleros.
Se realizarán reuniones trimestrales para valoración de los problemas y resultados que vayan surgiendo

INDICADORES

Episodios de FAA en el que conste test de diagnóstico rápido.
Episodios de FAA con Streptotest +.
Episodios de FAA con Streptotest + y prescripción antibiótica de acuerdo con la guía terapéutica antimicrobiana de Aljarafe.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: Mayo
Fecha de finalización: Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1077

1. TÍTULO

USO DEL STREPTOTEST COMO PRUEBA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y SU CONTRIBUCIÓN AL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

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 - 2019/1263

1. TÍTULO

CREACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE INMACULADA GRASA LAMBEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ZUERA
· Localidad ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLER COHI MARIA PILAR
PUYOD ARNAL MARIA JESUS
BERNA SERNA AMPARO
FERNANDEZ CASTRO OLGA
VIVAS PANIAGUA MARIA TERESA
CABREJAS LALMOLDA ANA
VILLANUA BONET MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Junio- 2019: Sesión informativa para todos los profesionales del equipo de Atención Primaria de la necesidad de realizar un Manual de Acogida para facilitar la incorporación del nuevo personal a nuestra zona básica de Salud.

-Junio-2019: Reunión con diferentes estamentos para la puesta en común y clarificación de procesos de la las solicitudes de interconsulta a las diferentes especialidades, pruebas diagnósticas, trámites y documentos administrativos, gestión de los diferentes tipos de consulta, horarios, turnos de urgencias. (Responsable de la reunión: Inmaculada Grasa).

-Reunión con los colaboradores del grupo de mejora:

Septiembre 2019. Desarrollo del proyecto.
Diciembre 2019. Elaboración del Manual de Acogida.(Responsable: Inmaculada Grasa).
Enero 2020. Evaluación del Manual de Acogida por los integrantes del grupo de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Aprobación por la Dirección del Sector I.(Enero 2020).
-A partir de la fecha actual se entregará el Manual de Acogida a cada incorporación nueva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con el manual de acogida se pretende involucrar al trabajador en el proyecto colectivo, propiciando la implicación y participación de cada profesional para alcanzar los objetivos marcados; el manual, como elemento clave de la comunicación tratará de satisfacer las necesidades y expectativas del nuevo empleado dentro del centro de Salud, facilitando tanto la creación de un clima interno favorable como el avance en la mejora de la calidad de las relaciones humanas

7. OBSERVACIONES.

Dada la carga de trabajo asistencial, ha sido complicado realizar todas las actividades en las fechas previstas. Finalmente se ha conseguido su elaboración.
En relación con la evaluación, en los próximos meses podrá realizarse de forma completa a todas las partes implicadas, lo que aportara una visión global.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1263 ===== ***

Nº de registro: 1263

Título
CREACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

Autores:
GRASA LAMBEA INMACULADA, SOLER COCHI MARIA PILAR, BERNA SERNA AMPARO, VAL ESCUER MARIA ANGELES, FERNANDEZ CASTRO OLGA, VIVAS PANIAGUA MARIA TERESA, VILLANUA BONET MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZUERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1263

1. TÍTULO

CREACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Gestión RRHH.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cada año hay incorporaciones nuevas en el Equipo de Atención Primaria (EAP) de Zuera. Se necesita la elaboración de un plan de acogida para profesionales de nueva incorporación para dar a conocer las principales características de nuestro Centro de Salud y del Sector al que pertenece y que recoja la información específica del EAP que no está contemplada en otros recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Los planes de acogida a personal de nueva incorporación al Equipo de Atención Primaria es una herramienta útil en el momento del inicio de la relación laboral, este tipo de planes, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.

MÉTODO
Enero-Marzo 2019:
- Reuniones mensuales del grupo de mejora para elaboración del manual
Abril-Septiembre 2019:
-Desarrollo del proyecto y evaluación por parte del EAP .
-Sesión informativa para que todos los profesionales del EAP conozcan el Manual de Acogida.

INDICADORES
-Aprobación por la Dirección del Sector I.
-Encuesta para evaluar la satisfacción del personal de nueva incorporación.
-Nº de incorporaciones nuevas.
-Nº Registro de entrega de manual de acogida a cada incorporación nueva .
Si /No.

DURACIÓN
Inicio de proyecto: enero 2019
Finalización de proyecto: 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 - 2019/1269

1. TÍTULO

MEJORA PARA OPTIMIZAR LAS DERIVACIONES A LA UNIDAD MUSCULO ESQUELETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA VILLANUA BONET
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ZUERA
· Localidad ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NOVELLA ABRIL MARIA PILAR
DOMINGUEZ GARCIA ANA ISABEL
PUYOD ARNAL MARIA JESUS
GARCIA SALAVERA MARIA ARANZAZU
HERNANDEZ LAGUNAS JOSE JAVIER
CAY AURIA MARIA DOLORES
TARONGI SALINAS BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Del 7 Mayo - 23 Mayo curso en el C.de Salud Zuera: Manejo de la patología musculoesquelética en Atención Primaria.
Materias: Hombro doloroso, Lumbalgia y Gonalgia.
Horas: 3 horas.

-Mayo: Se entrega a cada médico del Equipo de Atención Primaria del C. Salud de Zuera el protocolo clínico actual de derivación a la Unidad Musculo Esquelética y se expone el proyecto de mejora.

-Reunión Septiembre: Equipo de Mejora:

-Se revisan interconsultas y se modifican indicadores: Se elimina indicador "nº de errores en derivación" y se sustituye por "nº de pacientes que no son valorados en el segundo nivel de especializada:<30%" y "nº de pacientes que son citados en Atención Especializada"> 70%"

-Se seleccionan 5 cupos del centro de Salud para realizar la valoración de interconsultas a UME. Las interconsultas realizadas por los médicos de estos cupos pertenecen al equipo de mejora. Corresponden en su totalidad a Zuera y uno a San Mateo de Gallego.

-Reunión Octubre: Equipo de Mejora.: Se prolonga el tiempo de revisión de interconsultas hasta Diciembre.

-4 Diciembre: Sesión Clínica: "Protocolo de derivación de pacientes a la Unidad de fisioterapia de Atención Primaria (responsable José Javier Hernández).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Nº de interconsultas realizadas a la Unidad Músculo Esquelética.: 171 derivaciones

-Nº de pacientes citados en UME: 60 % (standard marcado 70%)

-Nº de pacientes que no son valorados en el segundo nivel de especializada: 12,8% (standard<30%)

-Nº de pacientes que son citados en Atención Especializada desde UME: Traumatología, UME o Rehabilitación: 85,6% (standard >70%)

-Entrega del protocolo a todos los profesionales del Salud y a todos de nueva incorporación: SI

-Asistencia del 72% de los profesionales médicos al curso del Manejo de la Patología Músculo Esquelética.(standard 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De todas las derivaciones realizadas desde nuestro Centro de Salud a la UME el 85,6% van a ser valoradas y por lo tanto se han derivado correctamente.

Con la interconsulta virtual de la UME se ha mejorado la accesibilidad y la sobrecarga asistencial de la atención especializada, mejorando el flujo de información y la coordinación.

Desde nuestras consultas de A. Primaria tenemos una lista de espera en traumatología importante, gracias a la interconsulta virtual algunos pacientes se han beneficiado y han podido ser citados directamente desde la UME (16,9% de pacientes).

Debido a la dispersión poblacional de nuestra Zona Básica de Salud y a la sobrecarga asistencial ha sido complicado poder asistir a los cursos y sesiones clínicas que son importantes para nuestra experiencia en la práctica clínica diaria.

7. OBSERVACIONES.

Nos hubiese gustado plasmar en la memoria los días de espera que hay para que un paciente remitido desde

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1269

1. TÍTULO

MEJORA PARA OPTIMIZAR LAS DERIVACIONES A LA UNIDAD MUSCULO ESQUELETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

nuestras consultas sea visto por Traumatología. No nos han facilitado los datos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1269 ===== ***

Nº de registro: 1269

Título
MEJORA PARA OPTIMIZAR LAS DERIVACIONES A LA UNIDAD MUSCULO ESQUELETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

Autores:
VILLANUA BONET MARIA TERESA, NOVELLA ABRIL MARIA PILAR, DOMINGUEZ GARCIA ANA ISABEL, GARCIA SALAVERA MARIA ARANZAZU, CAY AURIA MARIA DOLORES, HERNANDEZ LAGUNAS JOSE JAVIER, VIVAS PANIAGUA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZUERA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades musculo esqueléticas generan impotencia funcional y dolor crónico. El sistema de salud concentra gran parte de su resolución en el nivel secundario de atención, con largas listas de espera. En la actualidad se tarda mucho tiempo en diagnosticar y en iniciarse un tratamiento correcto. Es fundamental la implicación del médico de Atención Primaria que va a ser quien inicie el tratamiento del dolor de la manera más precoz posible y es el que solicita en el primer momento pruebas complementarias para agilizar el diagnóstico. Por todo ello es necesario mejorar la calidad en las derivaciones.
El impacto de estas enfermedades en el consumo de recursos y actividades sanitarias es muy alto. Se estima, que un 33% de la población acude al centro de salud por problemas osteomusculares. Siendo uno de los motivos más frecuentes de baja laboral

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es aumentar los conocimientos en patología del aparato locomotor de los médicos de nuestro C.Salud haciendo especial hincapié en el diagnóstico de patologías altamente prevalentes en el ámbito del aparato locomotor para realizar una correcta derivación.
-Establecer unos criterios eficientes de derivación a las consultas de Unidad Músculo Esquelética (UME) basados en la aplicación de los conocimientos adquiridos .
-Evitar duplicidades y errores en las derivaciones.

MÉTODO

-Talleres en el C.Salud sobre el Aparato locomotor, en número de 3 sesiones.
-Sesión clínica impartida por el Fisioterapia del C.Salud.
-Promover a los distintos consultorios el protocolo clínico actual de derivación a la Unidad Musculo Esquelética.
-Reuniones del equipo de mejora cada 2 meses para valorar interconsultas.

INDICADORES

-Valoración de una correcta derivación a UME tras los talleres.:
- N° de interconsultas realizadas a Unidad Músculo Esquelética.
- N° de pacientes citados en UME: > 70%.
- N° de errores en derivación.: < 30% que se hayan recitado en otro nivel .
-Entrega del protocolo a todos los profesionales del C.Salud y a todos de nueva incorporación . Si/NO
-Asistencia del 80% profesionales médicos a los talleres impartidos en el C.Salud.

DURACIÓN

-Talleres: en Mayo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1269

1. TÍTULO

MEJORA PARA OPTIMIZAR LAS DERIVACIONES A LA UNIDAD MUSCULO ESQUELETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

-Revisión de interconsultas: desde Mayo a Octubre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0092

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCION (CEAR)

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE OSCAR NAVARRO VITALLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALINDO CHICO MIGUEL
SOLER ABADIAS ROSA MARIA
ROYAN MORENO PILAR
SANJUAN SARALEGUI MARIA
CAVERO NAGORE MATILDE
CLARES PUNCEL MARIA TERESA
LOPEZ ESTEBAN MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Constituido el grupo de trabajo de enfermeras y médicos, se redactó el protocolo de actuación del proyecto con las guías clínicas por procesos agudos. Antes de presentarlo a los profesionales y coordinadores se presentó a los jefes de admisión de los 4 centros implicados el proyecto, así como las modificaciones en las agendas que tenían que preparar, con unas guías sencillas para que los administrativos que estuvieran en el centro supieran como desarrollar su actividad. A continuación se presentó a los coordinadores médicos y de enfermería de los centros implicados. También se realizó una reunión previa con el grupo de trabajo y con profesionales de enfermería sustitutos y eac que habitualmente realizaban estas labores en los centros, para escuchar sus dudas y poner fecha de comienzo el 1 de junio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha cumplido la creación de la CEAR en los 4 centros, del protocolo y de las guías de patologías leves. 100% Puesta en marcha del proyecto e los 4 centros, se pedía el 50 %.
Porcentaje de pacientes atendidos en la CEAR, se bajo al 40 %, porque la primera cifra se vio que era imposible. Se alcanzó el 42,70%.
Porcentaje de pacientes atendidos por enfermería que no han necesitado pasar por el médico, se pedía un 30%, se ha conseguido 47,48%
El número de reclamaciones generadas desde la implantación del proyecto han sido 2, concentradas en los días de las fiestas de Navidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general la valoración del proyecto ha sido positivo. Con los datos en la mano. Hay que puntualizar que nos hemos encontrado con problemas que nos ayudarán a pulir los errores cometidos. de los 4 centros implicados dos después del verano (septiembre) decidieron por su cuenta dejar de hacer este proyecto. también hemos sacado la conclusión de hacerlo en el PAC, ni en atención continuada. Es primordial la colaboración e implicación del servicio de admisión, ya que sin ello el proyecto muere antes de empezar, ya que la citación se realiza mal. También es importante el equipo enfermera-médico, la confianza entre ellos y el grado de confianza, ya que encontramos a profesionales que desconfiaban unos de otros.
Hay que instaurarlo en horario habitual de los centros (mañana y tarde). Exige una implicación de todos los profesionales del centro. En vista de los resultados es un proyecto que mejorado y habiendo aprendido de nuestros errores lo seguiremos trabajando e instaurando.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/92 ===== ***

Nº de registro: 0092

Título
CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCION (CEAR)

Autores:
NAVARRO VITALLA OSCAR, GALINDO CHICO MIGUEL, SOLER ABADIAS ROSA MARIA, ROYAN MORENO PILAR, SANJUAN SARALEGUI, CAVERO NAGORE MATILDE, CLARES PUNCEL MARIA TERESA, LOPEZ ESTEBAN MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0092

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCION (CEAR)

Otro Tipo Patología: todo tipo de patologia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los Equipos de Atención Primaria son considerados la puerta de entrada y los principales proveedores de servicios del Sistema Sanitario. Existen posibilidades de mejora en diversos aspectos de la asistencia que presta la Atención Primaria. La demora en la atención, la excesiva burocratización, la medicalización de muchos procesos y el fomento de la excesiva dependencia del Sistema Sanitario son problemas frecuentes en los Centros de Salud. Por ello es lógico pensar en estrategias organizativas y plantear nuevas propuestas asistenciales, para mejorar la eficiencia del Sistema y buscar el máximo desarrollo y potencialidad de cada uno de los profesionales, que sin duda mejorarán la calidad de la atención a los usuarios. Este documento pretende exponer la problemática existente en los centros de salud del Sector Zaragoza I por el constante incremento de la demanda indomable y/o urgente y se marca como objetivo poner en valor la labor de enfermería mediante una nueva organización del trabajo que les permita recibir a los pacientes que precisan atención preferente y que no disponen de cita con su médico, realizándoles una "valoración enfermería", decidiendo sobre su proceso asistencial, con los recursos disponibles, y resolviendo la consulta de manera autónoma y finalista sin tener que derivar al médico si así lo considerase. Esto supondrá la creación de la Consulta de Enfermería de Alta Resolución (CEAR).

RESULTADOS ESPERADOS

Creación de CEAR
Protocolizar la atención en la c. de enfermería de los pacientes sin cita.
Empoderar a la enfermería de cara a la sociedad, siendo reconocida socialmente en su papel y el liderazgo en la prevención y educación sanitaria.

MÉTODO

Formación de un grupo de trabajo compuesto por médicos (4) y enfermeras (5-6).
Elaboración de guías de intervenciones de enfermería, que sirvan de apoyo para los profesionales.
Adaptación de las agendas de MF y Enfermería.
Implantación del proyecto en la agenda de AC de los Centros: Arrabal, Actur Sur, Picarral y PAC Actur Oeste.
Valoración de resultados a los 2-3 meses de su puesta en marcha. Y en función de los resultados se extenderá a más centros y en todos los horarios.

INDICADORES

Conocer el protocolo en los Equipos de implantación: 100%.
Puesta en marcha de la CEAR, en al menos 2 centros :50% de los centros elegidos.
Porcentajes de pacientes indomables atendidos en la CEAR.60%
Porcentaje de pacientes atendidos en la CARE, que se les ha resuelto el problema.30%
Valorar el número de reclamaciones en función de la implantación de la CEAR.

DURACIÓN

Constitución y reunión del grupo de trabajo enero. (25/01/2019).
Creación de las agendas de medicina y enfermería. (febrero)
Elaboración de las guías en marzo.
Pilotaje en AC en el primer trimestre del 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 - 2019/0404

1. TÍTULO

DERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPLEMENTACIÓN DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR I

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE MIGUEL GALINDO CHICO
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARUZ BELLIDO ROBERTO
CARRERA NOGUERO ANA MARIA
PUIG GARCIA CARMEN
FERNANDEZ PARCES MARIA JESUS
ABADIA TAIRA BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Tras la presentación y codificación del proyecto a través de la plataforma de calidad (abril 2019), se iniciaron los trámites pertinentes para, en primer lugar, poder adquirir los recursos materiales, en este caso dermatoscopios de luz polarizada, necesarios para conseguir no solo uno de los objetivos del proyecto, sino como condición imprescindible a la hora de la consecución del resto de metas. Para ello, y ante la falta de presupuesto propio, se consiguió el mecenazgo de una empresa farmacéutica, que con el apoyo del Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón) como fundación, y presentándolo como proyecto de innovación dentro de la Atención Primaria del Sector I, culminó el 26 de julio de 2019 con la firma de un convenio de colaboración entre ambas entidades. Esto nos facilitó obtener los fondos necesarios para poder adquirir 7 dermatoscopios de luz polarizada con cámara incorporada, pensando en la futura puesta en marcha de la tele dermatología en el Sector.
- Desde el principio, se contó con la participación del Sº de dermatología del H. Royo Villanova a través de su Jefe de Servicio, manteniendo varias reuniones con él. Nos orientaron en el tipo y características técnicas que debían reunir los dermatoscopios a adquirir, pensando no solo en la calidad de la imagen sino también en su funcionalidad a la hora de facilitar en un futuro la migración de las mismas a HCE y permitir el desarrollo de la tele dermatología en el Sector. Asimismo, encontramos la colaboración necesaria para impartir la formación en el uso de los mismos.
- El 4, 5 y 6 de noviembre de 2019 se realizó la primera edición de la oferta en formación en dermatología a través del uso del dermatoscopio. Curso de casi 10 horas de duración, eminentemente práctico e impartido por el Dr. Victor Manuel Alcalde Herrero (F.E.A. del Sº de dermatología del HRV). El 22 y 26 de noviembre y ante el interés suscitado entre los profesionales médicos de atención primaria del Sector I, se impartió una segunda edición de formación en dermatoscopia en tumores cutáneos, esta vez impartida por el Dr. Jose Luis Cañada Millán y el Dr. Jaime Bona García (Médicos de Familia de los Sectores Sanitarios II y III). Curso de 10 horas de duración y como el anterior, muy práctico. Está prevista una nueva edición del curso para el primer trimestre del año 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Las dos ediciones de formación consiguieron reunir a 45 médicos y pediatras de atención primaria de la mayoría de centros de salud del Sector I e iniciarles en el uso del dermatoscopio. Con ello, se ha conseguido que el 30% de los facultativos de atención primaria del Sector I hayan recibido un primer curso de capacitación en la práctica de la dermatoscopia, además de haber difundido esta formación a profesionales de 11 de los 13 centros del Sector. No hubo solicitudes ni desde Luna ni desde Villamayor. Las encuestas de satisfacción de ambos cursos superaron el 9.
- Se consigue dotar a más de la mitad de centros de salud de dermatoscopios con cámara incorporada. Al haber menos dermatoscopios que centros formados, la Dirección de Atención Primaria se ha visto obligada a priorizar su asignación de acuerdo a criterios de ruralidad-lejanía, población, prevalencia e incidencia de lesiones malignas, número de profesionales del centro formados y si es un centro acreditado para la docencia o no. Se comunica en diciembre que los centros de salud seleccionados para su asignación son: Actur Norte, Actur Oeste, Arrabal, Picarral, La Jota, Santa Isabel y Alfajarín. Queda pendiente la entrega de los aparatos a los respectivos centros de salud, que se realizará en enero de 2020 para que empiecen a utilizarlos.
- En diciembre de 2019 se mantiene reunión con el Jefe de Servicio de dermatología, informándole de qué profesionales y centros se han formado. Se decide dar comienzo con la tele dermatología, iniciando un pilotaje en La Jota, Actur Oeste y Alfajarín para el primer trimestre del año 2020. Esperando que la experiencia sea positiva, se ampliará a los 4 centros restantes antes del periodo estival.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- A pesar de no contar con presupuesto propio, se han podido adquirir 7 dermatoscopios a través de un convenio de colaboración entre la Fundación Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón y la industria farmacéutica. Para ello, tuvimos que desarrollar un proyecto de innovación que incluyera la implementación de la tele dermatología en el Sector I.
- La difusión y posterior realización de dos cursos de formación fue altamente positiva, con un interés por parte de los facultativos elevada, lo que ha llevado a preparar una tercera edición para el 2020. Tal como hemos reflejado con anterioridad, el 30% de los médicos y pediatras de atención primaria del sector I han superado estos cursos y por ello están capacitados para iniciarse en el uso del dermatoscopio como herramienta fundamental en el diagnóstico de lesiones dermatológicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0404

1. TÍTULO

DERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPLEMENTACIÓN DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR I

Se consigue sobradamente el objetivo planteado en el proyecto de al menos una sesión formativa.

- Los indicadores de calidad propuestos en el proyecto, debido a que todos los trámites de las actividades anteriores se dilataron en el tiempo y hasta diciembre no pudimos contar con los dermatoscopios, además de que el calendario de formación también terminó tarde, no reúnen las condiciones para su evaluación durante el año 2019. Por tanto, será a lo largo del año 2020 cuando se lleve a cabo el seguimiento y medición de esta parte esencial del proyecto.

Impacto del Proyecto:

- Hemos conseguido introducir con éxito la formación en el uso del dermatoscopio en atención primaria en este Sector y poder dotar a muchos de nuestros centros de las herramientas necesarias.
- Debido a la buena acogida por parte no solo de los profesionales de atención primaria sino también por parte de los especialistas en dermatología, se ha decidido introducir la teledermatología en el Sector I, teniendo prevista su implementación a lo largo del primer trimestre de 2020.

Sostenibilidad y capacidad de extensión:

- En 2019 no se da por cerrado el proyecto y tendrá su continuidad en el año 2020 como proyecto de mejora en el próximo Contrato Programa.
- Se evaluarán los mismos indicadores del proyecto inicial en aquellos centros que cuenten con dermatoscopio.
- Se propondrá a la Dirección de Atención Primaria que para el año 2020 todos los Equipos de Atención Primaria del Sector I puedan contar con esta herramienta. De esta manera y de forma progresiva, introducir la teledermatología en todas las Zonas Básicas de Salud del Sector, dando cobertura a la totalidad de la población.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/404 ===== ***

Nº de registro: 0404

Título
DERMATOLOGIA EN ATENCION PRIMARIA. IMPLEMENTACION DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
GALINDO CHICO MIGUEL, GARUZ BELLIDO ROBERTO, CARRERA NOGUERO ANA MARIA, PUIG GARCIA CARMEN, FERNANDEZ PARCES MARIA JESUS, ABADIA TAIRA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

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 .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los problemas dermatológicos son una de las causas que generan más demanda asistencial en las consultas de AP con unas tasas elevadas tanto de incidencia como de prevalencia. Según índice EDC se encuentra entre las 10 primeras patologías en tasa/1000 habitantes.
Es preciso el diagnóstico precoz desde A.P. de las lesiones premalignas y/o malignas.
Se hace de vital importancia poder discriminar el tipo de lesiones tumorales susceptibles de derivación a dermatología, ya que la tasa de interconsultas es alta y las demoras en esta especialidad son elevadas. En nuestro Sector es la segunda especialidad, después de oftalmología, con más interconsultas desde A.P. Datos 2017: 9.866 interconsultas. Datos 2018: 9.534 interconsultas.
La prevalencia de lesiones tipificadas como pigmentadas malignas en diciembre de 2018 en el Sector I era del 1,26% con 2.536 episodios activos, de los cuales 392 fueron diagnosticados a lo largo de 2018.
En nuestro Sector, los profesionales sanitarios no cuentan con las herramientas adecuadas para el correcto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0404

1. TÍTULO

DERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPLEMENTACIÓN DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR I

diagnóstico de las lesiones dermatológicas. No hay dermatoscopios y es pertinente la adquisición de estos aparatos y la formación en su uso de los facultativos médicos.

En un futuro, y no siendo el propósito de este proyecto, será necesario implementar herramientas de telemedicina entre A.P. y Dermatología.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir los tiempos de respuesta en la atención del paciente.

Consensuar criterios para un diagnóstico precoz de la patología dermatológica maligna.

Dotar de dermatoscopios a los centros de salud.

Capacitar a los profesionales en el uso del dermatoscopio.

Con todo ello se esperan disminuir las interconsultas con dermatología al facilitar al médico de AP las herramientas necesarias para un diagnóstico diferencial más preciso de las lesiones tumorales dermatológicas benignas/malignas.

MÉTODO

Dotar a los equipos de atención primaria de herramientas de diagnóstico (dermatoscopios).

Elaborar un procedimiento donde se recoja el manejo óptimo de las patologías dermatológicas más frecuentes, consensuando criterios de actuación en AP y adecuándolos a las nuevas circunstancias.

Desarrollar actividades formativas tanto para su difusión como para la capacitación en el uso del dermatoscopio entre los facultativos médicos, priorizando al menos la presencia de un profesional por cada centro de salud.

INDICADORES

- Realización de acciones formativas orientadas al diagnóstico clínico de patología tumoral dermatológica y al uso del dermatoscopio. Al menos una edición acreditada en 2019 y abierta a todos los profesionales médicos de AP.

- Disminuir las derivaciones a dermatología asociadas a CIAPs de lesiones pigmentadas (S77, S79, S80, S81 y S82).

- Seguimiento de casos. ¿Sería previsible un aumento en el diagnóstico de lesiones malignas tipificadas en OMI por el CIAP S77? Sirva este proyecto de mejora para valorar el impacto del uso del dermatoscopio en A.P.

DURACIÓN

Enero-Marzo: Documento de consenso y su difusión

Abril-Junio: Talleres formativos.

Junio-Diciembre: Seguimiento del impacto de la medida

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 - 2019/0611

1. TÍTULO

AUTOMATIZACION DE ESTADISTICAS DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ANTONIO BLASCO JIMENEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MANRIQUE PERMANYER JOSE MARIA
GISMERO MORANCHEL LUIS ALBERTO
BAGUES MARCEN MARIA CARMEN
PEREZ BARRERO MANUELA
ORTEGA MORALES JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- SE HAN ESTUDIADO LAS APLICACIONES INFORMÁTICAS Y BASES DE DATOS DE LAS MISMAS. IDENTIFICANDO LOS ITEMS A EXTRAER Y LOCALIZACIÓN DE LOS MISMOS EN LAS TABLAS DE LAS APLICACIONES.
-SE HAN VOLCADO DE DATOS EN "JASPERSOFT" Y DISEÑADO EL CUADERNO DE MANDO CON LOS RESULTADOS.
- HEMOS REALIZADO EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS EXTRAIDOS PARA LA REALIZACIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS (DEMORAS PROSPECTIVAS, DEMORAS MEDIAS, CÁLCULOS DE RENDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, ETC...)
-HEMOS COMPRABO LOS DATOS OBTENIDOS EN AMBAS CORRIENDO POSIBLES ERRORES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-LOS RESULTADOS HAN SIDO LA AUTOMATIZACIÓN DEL CUADERNO DE MANDO DEL HOSPITAL AL 97%.
-EL INDICADOR HA SIDO LA COMPROBACIÓN DE QUE LOS DATOS OBTENIDOS SON CORRECTOS COTEJÁNDOLOS CON LOS DISTINTOS SISTEMAS INFORMÁTICOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-LA FIABILIDAD DE LOS DATOS OBTENIDOS RONDA EL 97% POR LO QUE TODAVÍA SE REQUIEREN ALGUNOS AJUSTES QUE ESTAMOS REALIZANDO EN LA ACTUALIDAD.
-QUEDA PENDIENTE AFIANZAR EL PROYECTO PARA OBTENER EL 100% DE RESULTADOS FIABLES Y UNA VEZ HECHO ENSEÑAR A LOS JEFES DE SERVICIO SU FUNCIONAMIENTO PARA QUE PUEDAN ACCEDER A LOS RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD REALIZADA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/611 ===== ***

Nº de registro: 0611

Título
AUTOMATIZACION DE ESTADISTICAS DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA

Autores:
BLASCO JIMENEZ ANTONIO, MANRIQUE PERMANYER JOSE MARIA, GISMERO MORANCHEL LUIS ALBERTO, BAGÜES MARCEN MARIA CARMEN, GIMENEZ CUELLO INES MARIA DEL MAR, PEREZ BARRERO MANUELA, ORTEGA MORALES JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SISTEMAS DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN LA ACTUALIDAD LA INFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA SE OBTIENE DE MANERA MANUAL A TRAVÉS DE LISTADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0611

1. TÍTULO

AUTOMATIZACION DE ESTADISTICAS DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA

QUE SE EXTRAEN DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE INFORMACIÓN (HIS, ORACLE, INDRA, ETC...) TRAS LA EXPLOTACIÓN DE ESTOS DATOS SE HACE UNA RECOPIACIÓN MANUAL Y SE TRASLADAN A UNA HOJA DE CÁLCULO (EXCELL). POSTERIORMENTE SE REMITE A LOS SERVICIOS DICHA HOJA PARA QUE CONOZCAN LA ACTIVIDAD REALIZADA A LO LARGO DEL MES O PERIODO SOLICITADO.

ESTA INFORMACIÓN (INGRESOS, NÚMERO DE INTERVENCIONES, DEMORAS QUIRÚRGICAS O DE CONSULTAS EXTERNAS, ETC...) PERMITE PLANIFICAR LA ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS.

ESTE PROCEDIMIENTO UTILIZADO (EXPLOTACIÓN MANUAL) DA LUGAR FRECUENTEMENTE A LA GENERACIÓN DE ERRORES QUE NO SE DETECTAN, LO QUE CONLLEVA LA MALA CALIDAD DE LOS DATOS QUE PUEDEN INDUCIR A UNA MALA PLANIFICACIÓN POR PARTE DE LOS SERVICIOS.

RESULTADOS ESPERADOS

SE PRETENDE QUE DE MANERA AUTOMATIZADA LOS DATOS SE OBTENGAN DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE INFORMACIÓN. EL OBJETIVO ES CONFIGURAR UN CUADRO DE MANDO INFORMATIZADO EN EL QUE SE EVITEN LOS ERRORES DE TRASCIPCIÓN MANUAL Y AGILIZE EL PROCESO.

MÉTODO

- RECOPIAR CON INFORMÁTICA TODAS LAS APLICACIONES DE LOS QUE SE EXTRÁE LA INFORMACIÓN NECESARIA.
- IDENTIFICAR EN DICHAS APLICACIONES LAS TABLAS DONDE APARECEN LOS DATOS A EXTRAER.
- RECOPIAR A TRAVES DE "JASPERSOFT" DICHA INFORMACIÓN Y ADAPATARLA A LAS NECESIDADES DE UN CUADRO DE MANDO.
- COMPROBAR QUE LA INFORMACIÓN TRASPASADA CORRESPONDE A LAS NECESIDADES Y CONTRASTAR DICHS DATOS.
- OFRECER A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS EL ACCESO A LA APLICACIÓN PARA PODER EXTRAER LOS DATOS DE CUALQUIER RANGO DE FECHA Y EN CUALQUIER MOMENTO.

INDICADORES

- LA MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO SE REALIZARÁN CONTRASTANDO LOS DATOS DE LAS APLICACIONES (HIS, INDRA, ORACLE...) CON LOS DATOS QUE SE VUELQUEN EN EL NUEVO CUADERNO DE MANDO AUTOMATIZADO.

DURACIÓN

- 2º TRIMESTRE 2019. ESTUDIO DE APLICACIONES INFORMÁTICAS Y BASES DE DATOS DE LAS MISMAS.
- IDENTIFICACIÓN DE LOS ITEMS A EXTRAER Y LOCALIZACIÓN DE LOS MISMOS EN LAS TABLAS DE LAS APLICACIONES.
- 3º TRIMESTRE 2019. VOLCADO DE DATOS EN "JASPERSOFT" Y DISEÑO DEL CUADERNO DE MANDO CON LOS RESULTADOS.
- TRATAMIENTO DE LOS DATOS EXTRAIDOS PARA LA REALIZACIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS (DEMORAS PROSPECTIVAS, DEMORAS MEDIAS, CÁLCULOS DE RENDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, ETC...)
- 4º TRIMESTRE 2019.
- DURANTE ESTE PERIODO CONVIVIRÁN LOS DOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SE COTEJARÁN LOS DATOS OBTENIDOS EN AMBAS CORRIGIENDO POSIBLES ERRORES.
- INFORMAR A LOS SERVICIOS DE LA NUEVA EXPLOTACIÓN DE DATOS Y FORMACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE LOS MISMOS EN LA NUEVA APLICACIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0612

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL PASCUAL ROYO MOYA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAZARO ARIÑO CARMEN
RUBIO ORGA ELENA
BLASCO JIMENEZ ANTONIO
LANGARITA DITO MARIA BELEN
VAL ESCUER ANGELES
LAFUENTE SANCHEZ MARIA
ACON GARCIA ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En un primer estudio de los pacientes intervenidos de otros sectores, vimos que la documentación generada en las operaciones de Vasectomías era la más sencilla para comenzar con nuestro proyecto y que debíamos tratar los pacientes intervenidos en años anteriores, con lo cual, el indicador del 100% de pacientes quirúrgicos digitalizados no sería posible alcanzarlo por el alto volumen de trabajo. La Unidad de Codificación nos facilitó los listados de pacientes y digitalizamos todos los pacientes desde 2016 a 2018. Posteriormente, con listados de oftalmología/cataratas hicimos un muestreo de historias, con mayor complejidad, y establecimos un protocolo de actuación: tipos de documentos y orden de clasificación. Una vez hablado con el Jefe de Sección de Oftalmología decidimos digitalizar los pacientes intervenidos en 2016 y 2017. Por otra parte, en diciembre comenzamos a digitalizar la lista de espera de la Consulta de Traumatología, aportando la documentación a las Secretarías de Traumatología y Lista de Espera del Hospital Royo Villanova. En este caso, asumimos el 100% de la documentación recibida. Desde la Comisión de historias clínicas no han derivado ninguna prueba diagnóstica para digitalizar, con lo cual, hemos invertido todo nuestro tiempo en las intervenciones descritas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La documentación aportada por la Consulta de Traumatología se escanea el 100% con prioridad alta. Se han digitalizado 1.038 pacientes intervenidos de Vasectomías, el 100% de los años 2016 a 2018. Pacientes intervenidos de cataratas, a fecha de hoy se han digitalizado 247 historias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como recursos necesarios planteamos la adquisición de un escáner más rápido para conseguir mayores objetivos. En 2019 no ha llegado, esperamos su compra en 2020 para seguir desarrollando y ampliando este proyecto. Con la mayor implantación de la HCE, este tipo de acciones desde nuestro Servicio resultan muy positivas para la gestión de la documentación clínica de los pacientes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/612 ===== ***

Nº de registro: 0612

Título
DIGITALIZACION DE PACIENTES QUIRURGICOS Y PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Autores:
ROYO MOYA MIGUEL PASCUAL, LAZARO ARIÑO CARMEN, RUBIO ORGA ELENA, OLIVAR DUPLA TERESA, TAIRA LACAMBRA MARIA
REMEDIOS, BLASCO JIMENEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no hay patología definida
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0612

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El avance en la historia electrónica nos hace plantear un proyecto en el que seamos partícipes directos, trabajando para seguir eliminando el papel de las historias, digitalizando pruebas y episodios que todavía no están en formato electrónico.

RESULTADOS ESPERADOS

Nos vamos a centrar en dos direcciones:

- * Pacientes Quirúrgicos: escanearemos la documentación generada en consultas externas de HNSG y estudiaremos el volumen de pacientes que operamos de otros sectores, sobre todo oftalmología / catarata, para empezar a digitalizar esos episodios.
- * Otras pruebas diagnósticas: digitalizaremos a demanda las pruebas diagnósticas que nos deriven desde la Comisión de Documentación.

MÉTODO

1. Hablar con las Consultas Externas que generan documentación quirúrgica, para explicar el proyecto que queremos desarrollar.
2. Trazabilidad con el Servicio de Admisión y Secretarías.
3. Informática: listados de pacientes intervenidos de otros sectores, evaluaremos la situación y nos marcaremos el objetivo para más adelante.
4. Comisión de Documentación: digitalizaremos pruebas diagnósticas que nos indiquen.

INDICADORES

- % PACIENTES QUIRÚRGICOS DE HNSG DIGITALIZADOS - 100%
- % OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS - 100%

DURACIÓN

- * Fecha Inicio: Marzo 2019:
 - Reunión con el Jefe de Grupo y de Unidad de Admisión.
 - Reunión con Consultas externas: envío de la documentación para escanear.
 - Reunión con Informática: petición de datos.
 - Digitalización de otras pruebas: a demanda
- * Mayo 2019: evaluación de los primeros resultados.
- * Septiembre y noviembre 2019: segunda y tercera evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0612

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL PASCUAL ROYO MOYA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAZARO ARIÑO CARMEN
RUBIO ORGA ELENA
BLASCO JIMENEZ ANTONIO
LANGARITA DITO MARIA BELEN
VAL ESCUER ANGELES
LAFUENTE SANCHEZ MARIA
ACON GARCIA ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En un primer estudio de los pacientes intervenidos de otros sectores, vimos que la documentación generada en las operaciones de Vasectomías era la más sencilla para comenzar con nuestro proyecto y que debíamos tratar los pacientes intervenidos en años anteriores, con lo cual, el indicador del 100% de pacientes quirúrgicos digitalizados no sería posible alcanzarlo por el alto volumen de trabajo. La Unidad de Codificación nos facilitó los listados de pacientes y digitalizamos todos los pacientes desde 2016 a 2018. Posteriormente, con listados de oftalmología/cataratas hicimos un muestreo de historias, con mayor complejidad, y establecimos un protocolo de actuación: tipos de documentos y orden de clasificación. Una vez hablado con el Jefe de Sección de Oftalmología decidimos digitalizar los pacientes intervenidos en 2016 y 2017. Por otra parte, en diciembre comenzamos a digitalizar la lista de espera de la Consulta de Traumatología, aportando la documentación a las Secretarías de Traumatología y Lista de Espera del Hospital Royo Villanova. En este caso, asumimos el 100% de la documentación recibida. Desde la Comisión de historias clínicas no han derivado ninguna prueba diagnóstica para digitalizar, con lo cual, hemos invertido todo nuestro tiempo en las intervenciones descritas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La documentación aportada por la Consulta de Traumatología se escanea el 100% con prioridad alta. Se han digitalizado 1.038 pacientes intervenidos de Vasectomías, el 100% de los años 2016 a 2018. Pacientes intervenidos de cataratas, a fecha de hoy se han digitalizado 247 historias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como recursos necesarios planteamos la adquisición de un escáner más rápido para conseguir mayores objetivos. En 2019 no ha llegado, esperamos su compra en 2020 para seguir desarrollando y ampliando este proyecto. Con la mayor implantación de la HCE, este tipo de acciones desde nuestro Servicio resultan muy positivas para la gestión de la documentación clínica de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/612 ===== ***

Nº de registro: 0612

Título
DIGITALIZACION DE PACIENTES QUIRURGICOS Y PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Autores:
ROYO MOYA MIGUEL PASCUAL, LAZARO ARIÑO CARMEN, RUBIO ORGA ELENA, OLIVAR DUPLA TERESA, TAIRA LACAMBRA MARIA
REMEDIOS, BLASCO JIMENEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no hay patología definida
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0612

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El avance en la historia electrónica nos hace plantear un proyecto en el que seamos partícipes directos, trabajando para seguir eliminando el papel de las historias, digitalizando pruebas y episodios que todavía no están en formato electrónico.

RESULTADOS ESPERADOS

Nos vamos a centrar en dos direcciones:

- * Pacientes Quirúrgicos: escanaremos la documentación generada en consultas externas de HNSG y estudiaremos el volumen de pacientes que operamos de otros sectores, sobre todo oftalmología / catarata, para empezar a digitalizar esos episodios.
- * Otras pruebas diagnósticas: digitalizaremos a demanda las pruebas diagnósticas que nos deriven desde la Comisión de Documentación.

MÉTODO

1. Hablar con las Consultas Externas que generan documentación quirúrgica, para explicar el proyecto que queremos desarrollar.
2. Trazabilidad con el Servicio de Admisión y Secretarías.
3. Informática: listados de pacientes intervenidos de otros sectores, evaluaremos la situación y nos marcamos el objetivo para más adelante.
4. Comisión de Documentación: digitalizaremos pruebas diagnósticas que nos indiquen.

INDICADORES

- % PACIENTES QUIRÚRGICOS DE HNSG DIGITALIZADOS - 100%
- % OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS - 100%

DURACIÓN

- * Fecha Inicio: Marzo 2019:
 - Reunión con el Jefe de Grupo y de Unidad de Admisión.
 - Reunión con Consultas externas: envío de la documentación para escanear.
 - Reunión con Informática: petición de datos.
 - Digitalización de otras pruebas: a demanda
- * Mayo 2019: evaluación de los primeros resultados.
- * Septiembre y noviembre 2019: segunda y tercera evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0913

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DOCUMENTAL E INTEGRACION AL SISTEMA DE GESTION INTERNO EN LAS SECCION ADMINISTRATIVA, BANCO DE SAGRE

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JOSE DEL RIO ROMAN
· Profesión TEL
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATEOS GOSENJE CRISTINA
VALERO RANDO ROSANA
PERMUY FONTAO JULIO
PITA GRANDAL BEATRIZ
BARDAJI CESTER CONSUELO
BAQUEDANO ARANDA MARIA LUISA
PEREZ CHUECA ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas para este proyecto de calidad han sido las siguientes:

Se ha conseguido reunir a través de los comerciales la mayoría de Manuales de Analizadores, Estufas, Centrifugas....etc en formato Pdf referentes a las secciones que se han realizado en este proyecto de calidad.

Se han realizado la mayoría de procedimientos de las dos secciones a las que hace referencia el título (Administrativa y Banco de Sangre)

Se han realizado libros Excel de apoyo a estas secciones como buscadores de Códigos de pruebas, buscadores de teléfonos (Casas comerciales, Hospitales, Lineas de HELP LINE...etc), Generador de etiquetas para mandar muestras a otros hospitales, Acceso a carteras de servicios de otros laboratorios.

Se han realizado las fotografías y se ha integrado en la aplicación de GESTIÓN INTERNA de una forma atractiva y de fácil uso, para que el usuario del servicio haga uso de ello y acorte los tiempos de búsqueda de todo el material que se necesita.

Se ha hipervinculado a esta aplicación todo este material .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado ha sido altamente satisfactorio. Se han cumplido los plazos previstos de realización y hemos podido usar la aplicación diariamente con una alta eficacia y de una forma cómoda y rápida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora ha sido muy positiva. Se ha valorado extender este sistema de organización a todas la secciones.

Como pendiente queda ir añadiendo las nuevas incorporaciones de aparatos que vengán en un futuro e ir realizando e incluyendo procedimientos de trabajo que se vayan aumentando en el servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/913 ===== ***

Nº de registro: 0913

Título
DIGITALIZACION DOCUMENTAL E INTEGRACION AL SISTEMA DE GESTION INTERNO EN LAS SECCION ADMINISTRATIVA, BANCO DE SAGRE

Autores:
DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE, MATEOS GOSENJE CRISTINA, VALERO RANDO ROSANA, PERMUY FONTAO JULIO, PITA GRANDAL BEATRIZ, BARDAJI CESTER CONSUELO, BAQUEDANO ARANDA MARIA LUISA, PEREZ CHUECA ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0913

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DOCUMENTAL E INTEGRACION AL SISTEMA DE GESTION INTERNO EN LAS SECCION ADMINISTRATIVA, BANCO DE SAGRE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La gran cantidad de analizadores y de instrumentos Técnicos que tenemos en las diferentes secciones del laboratorio (Recepción de muestras, Bioquímica, Microbiología, Hemostasia, Hematimetría, Banco de Sangre, serología, laboratorio de Urgencias,..etc) van unidos a una documentación en formato papel (Guías de uso, inventario de material, instrucciones de manejo, guías de mantenimientos.....etc) que muchas veces se estropea por su excesivo uso.

Además aunque esta documentación viene con sus índices, son textos muy complejos de manejar a la hora de buscar y filtrar la información deseada en cada momento debido a la gran cantidad de datos técnicos (Algunas guías hasta 1000 páginas de información en las que incluyen inventarios, mantenimientos, instrucciones, referencias de material...etc)

Con la creación del Programa de gestión Interna de trabajo técnico que se hizo el año pasado, surgió la idea de ir reuniendo y completando estos documentos por secciones (todo el laboratorio a la vez sería muy complejo) en formato digital (documentación en formato PDF) de manera que se pueda tener localizada en esta aplicación toda esta documentación digital y se pueda filtrar la información referente al problema a resolver a través del buscador de Adobe reader, ganando una gran cantidad de tiempo y ordenando y centralizando toda la documentación técnica de las diferentes secciones del laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Localizar toda la documentación anteriormente citada, estructurarla por secciones y uso, digitalizar la que no se encuentre, hipervincularla a nuestro programa de gestión interna de tal forma que quede ordenada y centralizada en nuestro programa de gestión interna creando un servicio virtual ordenado y estructurado.

MÉTODO

Hablar con todos los Proveedores y casas comerciales de los instrumentos técnicos, en el caso de este año referente a la sección de Banco de sangre (Pipetas, baños maría, centrifugas, neveras, congeladores de plasmas...etc) y de los diferentes analizadores de esta sección (Instrumentación de la casa GRIFOLS PARA grupos sanguíneos y pruebas cruzadas) así como todos los soportes usados en la sección administrativa (Fax, escáner, ordenador, pistola lectura código de barras, impresoras...etc) para que nos manden todos los manuales, instrucciones, certificados (en el caso de que no se tengan escanear los que tenemos) para tenerla de una forma atemporal y acortar los tiempos de búsqueda en soluciones técnicas de los analizadores y de todos los instrumentos técnicos necesarios para desarrollar nuestro trabajo.

INDICADORES

Los indicadores se irán midiendo durante el transcurso del año, viendo como se completan todas estas guías dentro de las secciones nombradas en el servicio virtual de nuestra aplicación.

DURACIÓN

La fecha prevista de inicio fue en Enero de 2019, ya que nos propusimos a finales del 2018 la meta de empezar a realizarlo y materializar este trabajo, por que creemos que va a ser un avance para el servicio. De momento ya tenemos algunos de los documentos necesarios e hipervinculados a estas secciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0675

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACIÓN 15189 PARA CRIBADO CERVICAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN ALMAJANO MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER

ELENA MONEVA PILAR

RINCON GORMEDINO CRISTINA

RUIZ ROMERO INMACULADA

GASPAR OCHOA ROSALIA

SANJOSE PEREA TERESA

HOMBRIA LAVIÑA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Estudio para el volcado de resultados de los equipos de Aptima a los informes de PatWin.

Modificación de la sistemática de registro de muestras, marcando con etiqueta los casos de seguimiento (para distinguirlos de los casos de cribado)

Unificación del procedimiento de Recepción de muestras con el procedimiento de biopsias, y revisión del procedimiento de Preanalítica.

Implantación de registro mediante código de barras de los casos procedentes del propio hospital.

Participación en intercomparativos de diagnóstico citológico (SEAP) y de test de HPV (Instand)

Registro y evaluación de interconsultas y de correlaciones con biopsias y conizaciones.

Reuniones periódicas con ginecólogos y comunicaciones con matronas.

Reunión con Atención Primaria (Directora Dra. Mendi y Matrona M^a Ángeles Checa). (15-5-19)

Auditoría Interna (9 mayo 2019)

Seguimiento posterior de procedimientos y registros con las modificaciones según análisis y recomendaciones de ICESA.

Revisión por la Dirección (15-11-19)

Nueva Auditoría Interna (7 noviembre 2019)

Auditoría externa por ENAC (4-12-2020).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha adecuado el procedimiento de registro de muestras
- Se ha revisado y mantenido el procedimiento de análisis, que se considera correcto tras los intercomparativos realizados.
- El personal conoce la sistemática, que se considera plenamente implantado.
- Se ha superado la auditoría externa por ENAC, como seguimiento de este procedimiento de cribado cervical, sin ninguna observación en el mismo.
- Se han difundido los resultados a Ginecología y Primaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha mejorado la atención proporcionada.

Los intercomparativos y las correlaciones realizadas confirman la validez de nuestros diagnósticos y métodos.

Queda pendiente el volcado de informes y la aprobación definitiva del protocolo del sector

7. OBSERVACIONES.

A los miembros del equipo incluidos en la solicitud original se han añadido también María García Fernández (DNI 32870603S) y Elena Abad Beorlegui (DNI 17733693A), Técnicos Superiores de Anatomía Patológica, aunque no figuraban en el listado previo por las limitaciones numéricas impuestas.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/675 ===== ***

Nº de registro: 0675

Título
SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO 15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

Autores:
ALMAJANO MARTINEZ CARMEN, MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER, ELENA MONEVA PILAR, RINCON GORMEDINO CRISTINA, RUIZ ROMERO INMACULADA, GASPAR OCHOA ROSALIA, SANJOSE PEREA TERESA, FERNANDEZ TAULES CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0675

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACIÓN 15189 PARA CRIBADO CERVICAL

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nuestra Señora de Gracia se encuentra acreditado según norma ISO 15189 desde el año 2009.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio para mantener la acreditación UNE-EN ISO 15189 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El proyecto intenta conseguir la prevención del cáncer cervical de una manera efectiva.

El proyecto se encuadra en las líneas estratégicas del SALUD, especialmente en la línea prioritaria :CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX, aunque también afecta a otros objetivos prioritarios

RESULTADOS ESPERADOS

Renovar la acreditación ISO 15189
Prevenir el cáncer cervical

MÉTODO

Las principales actividades serán:

- Revisar la sistemática establecida para tener adecuadamente registrados todos los procedimientos técnicos.
- Revisar la sistemática de registro para adecuarla al procedimiento actual y facilitar y disminuir el tiempo necesario.
- Adecuar la tabla de registro de resultados para obtener con más facilidad las estadísticas de resultados.
- Estudiar el volcado de resultados de HPV a los informes.
- Realizar comunicaciones o reuniones con matronas y ginecólogos

El servicio ofertado es la realización del estudio cervical, incluyendo la citología y el estatus de HPV mediante cuantificación de mRNA de las proteínas E6 y E7 de HPV de alto riesgo.
En segundo lugar, obtener las estadísticas de resultados que permitan evaluar el método.

INDICADORES

Establecimiento del procedimiento de registro (S/N)
Actualización del procedimiento técnico de análisis. (S/N)
Actualización del informe de resultados (S/N)
Comunicaciones a matronas y ginecólogos (S/N)
Realización de Revisión por la Dirección (S/N)
Realización de estadística de resultados (S/N)

DURACIÓN

Auditoría de seguimiento: Junio 2018-05-09
Redacción de los documentos modificados: hasta septiembre 2018
Implantación y comunicación de matronas y ginecólogos: hasta diciembre de 2018
Obtención de estadísticas: Enero 2019
Evaluación del proyecto y acciones de continuación: Primer trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Incluido en acuerdo de gestión con la Dirección

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0675

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACIÓN 15189 PARA CRIBADO CERVICAL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0684

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MATEOS BARRIONUEVO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALMAJANO MARTINEZ CARMEN
ELENA MONEVA PILAR
RINCON GORMEDINO CRISTINA
RUIZ ROMERO INMACULADA
GASPAR OCHOA ROSALIA
ABAD BEORLEGUI ELENA
HOMBRIA LAVIÑA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Redacción de los procedimientos y elaboración de formatos
Revisión por todo el equipo
Puesta en función de los procedimientos y formatos.
Comienzo de los registros
Auditoría Interna (mayo 2019)
Seguimiento posterior de posprocedimientos y registros con las modificaciones según análisis y recomendaciones de ICSA.
Revisión por la Dirección (octubre 2019)
Nueva Auditoría Interna (noviembre 2019)
Auditoría externa por ENAC (4-12-2020), con 2 No-conformidades mayores y 2 menores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han protocolizado todos los procedimientos y formatos de los alcances para acreditar.
- Se han puesto todos en práctica, convirtiéndolos en sistemática
- El personal conoce la sistemática.
- Se ha superado la auditoría externa, pendientes de enviar el PAC correspondiente a las No-conformidades.
- Se ha comenzado la difusión de los cambios fuera del servicio, especialmente en lo que se refiere a las solicitudes de estudios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha mejorado la atención proporcionada.
El proyecto ha mejorado la estandarización de los procedimientos, facilitando la actividad al personal.
Queda pendiente una mayor difusión en el hospital de la trascendencia de la mejora de la calidad y de los documentos y normas (especialmente referentes a la solicitud)

7. OBSERVACIONES.

A los miembros del equipo incluidos en la solicitud original se han añadido también María García Fernández (DNI 32870603S, Técnico Superior de Anatomía Patológica) y M^a Teresa Sanjosé Perea (DNI 17864929R, Auxiliar Administrativa), miembros del equipo del Proyecto, aunque no figuraban en el listado previo por las limitaciones numéricas impuestas.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/684 ===== ***

Nº de registro: 0684

Título
SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PROCESAMIENTO DE BIOPSIAS

Autores:
MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER, ALMAJANO MARTINEZ CARMEN, ELENA MONEVA PILAR, RINCON GORMEDINO CRISTINA, RUIZ ROMERO INMACULADA, GASPAR OCHOA ROSALIA, ABAD BEORLEGUI ELENA, GARCIA FERNANDEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0684

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de enfermedades
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los procedimientos en el procesamiento del material de biopsias y piezas quirúrgicas son cada vez más complejos, por lo que requieren una mayor sistematización para mantener la reproducibilidad y obtener unos resultados homogéneos y mantenidos en el tiempo.
Por ello se requiere elaborar una sistemática que permita la actuación uniforme de todo el personal, con un proceso de mejora continua y detección de errores y riesgos reales y potenciales,
El proyecto intenta alcanzar la eficacia diagnóstica con mayor seguridad y rapidez.

El proyecto se encuadra en las líneas estratégicas del SALUD, afectando a varios de los objetivos prioritarios, como son especialmente los que se refieren al cribado de cáncer y a la gestión de riesgos.

RESULTADOS ESPERADOS

Sistematizar los procedimientos de procesamiento de biopsias.

Afecta a todos los pacientes biopsiados en nuestro hospital y los centros que remiten las biopsias al mismo.

MÉTODO

Las principales actividades serán:

Redactar los documentos que recojan los procedimientos de procesamientos
Redactar los procedimientos de técnicas y procedimientos especiales
Redactar los documentos de preanalítica correspondientes.
Redactar los documentos de postanalítica correspondientes.
Establecer los indicadores.
Aplicar los procedimientos en el diagnóstico de rutina

El servicio ofertado es la realización de los diagnósticos anatomopatológicos con precisión y rapidez.
En segundo lugar, se intentará adecuar estos procedimientos a la norma ISO 15189 para caminar hacia la acreditación en patología cervical y mamaria.

INDICADORES

Establecimiento de las normas para la solicitud de estudios anatomopatológicos
Establecimiento del procedimiento de registro (S/N)
Actualización del procedimiento técnico de análisis. (S/N) de biopsias de rutina
Establecimiento de los procedimientos de técnicas histoquímicas e inmunohistoquímicas (S/N)
Establecimiento del procedimiento de postanalítica (S/N)

DURACIÓN

Redacción de los procedimientos de biopsias de rutina, registro y preanalítica: Septiembre 2018
Redacción de los procedimientos de inmunohistoquímica y técnicas especiales: Hasta noviembre 2018.
Redacción de los procedimientos de postanalítica: Diciembre 2018- enero 2019
Evaluación y plan de continuación: Prmer trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0864

1. TÍTULO

MEDIDAS DE MEJORA PARA EVITAR LA CANCELACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE CMA (CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ROCIO YAGÜE LOPEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURZURI LAFUENTE PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5. Actividades

5.1. Interacción con los servicios implicados en las IQ

- Consultas Externas: envío de los partes quirúrgicos de oftalmología.
- Admisión:
 - Envío, los viernes de la semana anterior, de la programación semanal de las intervenciones quirúrgicas de todas las especialidades de la semana.
 - Envío de los partes quirúrgicos de traumatología de toda la semana, que son remitidos por el servicio de traumatología del Hospital Royo Villanova.
- Archivos: envío de las historias clínicas de cada especialidad con 48 horas de antelación, según la programación inicial.

5.2. Acciones realizadas

- Recepción de las historias clínicas enviadas desde el servicio de archivos.
 - Verificar que las historias clínicas coinciden con el parte quirúrgico correspondiente actualizado.
 - Reclamar las historias que no han llegado, y las historias de los últimos cambios producidos en el parte quirúrgico.
- Revisión de la historia clínica:
 - Historia clínica de la especialidad correspondiente:
 - * Evolución clínica.
 - * Consentimiento quirúrgico firmado por el paciente.
 - * En pacientes oftalmológicos: Biometría.
 - Protocolo de Anestesia:
 - * Preoperatorio completo según protocolo para cada especialidad.
 - * Consentimiento informado de anestesia firmado por el paciente
 - Comunicación a quirófano de todos los aspectos a tener en cuenta en el servicio del día siguiente (alergias al látex, etc.)

5.3. Identificación de posibles incidencias

5.3.1 Previas a la intervención quirúrgicas

- Historia clínica incompleta
- Historia extraviada
- Consentimientos de anestesia o intervención quirúrgica sin firmar por el paciente
- Preoperatorio y/o protocolo de anestesia caducado o ausencia del mismo

5.3.2 El día de la intervención quirúrgica

- Común para todas las especialidades
 - *Paciente presenta fiebre
 - *Paciente que no guarda ayunas
 - *Paciente que acude sin acompañante
 - *Paciente que no acude a la cita y no llama para cancelarla
 - *Paciente que acude al servicio para intervención quirúrgica y no aparece en el parte quirúrgico (parte no actualizado)
 - *Paciente que no ha tomado la profilaxis del látex, en caso de alergia, prescrita por el anestesiista
 - *Paciente que presenta hiperglucemia mayor de 320 mg/dl
 - *Paciente que presenta tensión arterial mayor de 190/110 mm Hg
 - *Arritmias y/o taquicardias sinusales no conocidas
 - *Anulación de la intervención por falta de tiempo quirúrgicos
- Particulares de cada especialidad

A) Oftalmología

- *Infecciones oftalmológicas
- *Profilaxis oftalmológica no realizada correctamente

B) Traumatología

- *Paciente presenta mejoría y no necesita la intervención
- *Paciente en tratamiento con antiagregantes y no suspende con antelación

5.4 Acciones para subsanar las incidencias detectadas

5.4 .1 Previas al día de la intervención quirúrgica

- A) Falta de historia de la especialidad correspondiente:
 - *En el caso de paciente oftalmológico, se solicita a la consulta una copia del preoperatorio oftalmológico y una copia de OCT y biometría
 - *En el caso de pacientes de traumatología y ORL, se contacta con el servicio de Admisión para que nos remitan la historia, bien del Hospital Royo Villanova o bien, del CEM Grande Covián

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0864

1. TÍTULO

MEDIDAS DE MEJORA PARA EVITAR LA CANCELACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE CMA (CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

- B) Historia clínica completa extraviada: contactamos con cada uno de los servicios implicados en el circuito de la historia clínica
- C) Falta de preoperatorio y/o protocolo de anestesia: Se comunica con el servicio de Admisión para dar una nueva cita de consulta antes de la intervención quirúrgica, si es posible
- 5.4.2 En el mismo día de la intervención quirúrgica
- A) Se comunica al servicio de Anestesia, en la mayor brevedad posible, aquellos pacientes que presentan fiebre, cifras elevadas de glucemia y/o TA, arritmias y taquicardias no conocidas, que no han tomado la profilaxis en su domicilio o no acuden en ayunas...
- B) Paciente que acude sin acompañante. Se indica que contacte con algún adulto responsable que se haga cargo tras la intervención
- C) Paciente que acude al servicio, pero no aparece en el parte por no estar programado o por no estar el parte actualizado. En ese caso, se solicita un nuevo parte actualizado y se pide la historia al servicio de Archivos
- D) Paciente que no acude y no avisa. Se localiza a través del servicio de Admisión para conocer el motivo
- E) Paciente que no realiza la profilaxis oftalmológica, presenta infección, alguna reacción o cualquier otro síntoma que nos alerta. Se lo comunicamos al oftalmólogo correspondiente
- F) Paciente en tratamiento con anticoagulantes, que requiere su suspensión y no lo ha realizado. Se comunica al médico correspondiente
- 5.5 Recursos empleados
- 5.5.1 Material
- Se utiliza una gráfica indicando los días de la semana y todas las posibles causas de anulación de IQ, anulaciones de IQ y las IQ realizadas tras detectar una incidencia. Para la recogida de datos utilizamos los partes quirúrgicos semanales, los partes diarios y las historias clínicas de los pacientes
- 5.5.2 Cumplimiento del calendario marcado
- Del 1 de febrero de 2019 al 30 de junio de 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6. Resultados alcanzados

6.1 Fuente de obtención

Seleccionamos todos los pacientes programados en nuestra UCMA desde el 1 de febrero de 2019 hasta el 30 de junio de 2019, con un total de 2384 pacientes

6.2 Método de obtención

Para la recogida de datos se realizó un registro semanal, en el que se registra diariamente

* N° de intervenciones programadas

* N° de intervenciones anuladas

* Incidencias

6.3 Indicadores cuantitativos

A) Porcentaje de intervenciones canceladas

$(N^{\circ} \text{ de intervenciones canceladas}) / (N^{\circ} \text{ total de intervenciones})$

Así, el total de número de intervenciones canceladas asciende a 82 durante todo el periodo. Mientras que el número total de intervenciones es de 2384.

Aplicando estas cifras al indicador, obtenemos un porcentaje del 0,034.

B) Porcentaje de intervenciones realizadas tras detectar una incidencia

$(N^{\circ} \text{ de intervenciones realizadas tras detectar una incidencia}) / (N^{\circ} \text{ de intervenciones canceladas})$

Teniendo en cuenta el número de intervenciones realizadas tras detectar una incidencia, que es un total de 64, y el número de intervenciones canceladas, que asciende a 82, obtenemos un porcentaje en este segundo indicador del 0,780 .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7. Lecciones aprendidas: Conclusiones y recomendaciones

7.1 Valoración

El objetivo de este estudio es mejorar la gestión de la unidad de CMA para disminuir el índice de intervenciones quirúrgicas que hay que anular. La recepción de las historias clínicas con 48 horas de antelación, nos permite detectar las posibles incidencias y subsanarlas a tiempo para evitar la cancelación de las mismas.

Con los resultados obtenidos y considerando que sólo se han registrado aquellas situaciones en las que enfermería de la UCMA puede incidir y que sumadas a las acciones que se pueden realizar en los diferentes servicios relacionados con la programación de las IQ, se observa una mejora la gestión de las mismas.

7.2. Conclusiones

Como consecuencia de las medidas adoptadas conseguimos disminuir las IQ fallidas tras incidencias detectadas, lo que tiene una repercusión económica clara, pues cada quirófano no utilizado genera un gasto sanitario además de la repercusión que ello conlleva en las listas de espera.

Otro aspecto además del impacto económico que también hay que considerar es el plano socio familiar del paciente.

7.3 Recomendaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0864

1. TÍTULO

MEDIDAS DE MEJORA PARA EVITAR LA CANCELACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE CMA (CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Nuestras recomendaciones van dirigidas a proporcionar una mayor información sobre el procedimiento en las consultas previas por las que pasa el paciente, así como aclarar esa información y dar a conocer la importancia de anular una cita con antelación si fuera el caso. Algunas de estas acciones serían:

- * En consulta de Anestesia: recalcar que el término de ayunas hace referencia tanto a líquidos como a alimentos sólidos.
- * En consulta de Oftalmología: hacer hincapié en el día exacto de la intervención quirúrgica para evitar confusiones con los días de las revisiones posteriores a la intervención. A la hora de realizar los partes con las intervenciones quirúrgicas, asegurar que las alergias al látex son programadas a primera hora de la mañana para evitar su cancelación el día previo a la intervención.
- * Dar a conocer al paciente la importancia de anular la cita de la cirugía con antelación si se diera el caso, ya que supone un coste a menudo no tenido en cuenta por su parte, debido al desconocimiento del mismo.
- * En la UCMA: incluir las actividades y acciones realizadas en el "Manual de actividades de enfermería en el servicio de la CMA "con la finalidad de que el personal de nueva incorporación a la unidad conozca el correcto funcionamiento de la misma y los objetivos planteados en el proyecto de mejora de calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/864 ===== ***

Nº de registro: 0864

Título
MEDIDAS DE MEJORA PARA EVITAR LA CANCELACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROGRAMADAS EN LA UCMA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Autores:
YAGÜE LOPEZ ROCIO, BURZURI LAFUENTE PATRICIA, ROSEL MOUSSET FELICIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades de oftalmología, traumatología, otorrinolaringología.
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hay intervenciones programadas que tienen que ser aplazadas o suspendidas por una preparación inadecuada del paciente y/o de la Historia Clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la gestión en la UCMA para disminuir el índice de intervenciones programadas que se tienen que anular.

MÉTODO
Interacción con los diferentes servicios implicados en la programación de las intervenciones quirúrgicas.(Admisión, archivos, consultas externas, quirófano...)
Identificación de las posibles incidencias mediante la revisión de las Historias Clínicas.
Registro de las cancelaciones.
Sustitución de pacientes programados.

INDICADORES
1.Nº de intervenciones quirúrgicas canceladas/Nº total de intervenciones.
2.Nº de intervenciones realizadas tras detectar incidencias / Nº de intervenciones canceladas.
Fuentes de datos obtenida de los pacientes programados en la UCMA del 1/2/2019 al 31/5/2019.

DURACIÓN
Duración 4 meses, se comienza la recogida de datos el 1/2/2019 hasta el 31/5/2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0864

1. TÍTULO

MEDIDAS DE MEJORA PARA EVITAR LA CANCELACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE CMA (CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

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 - 2019/0865

1. TÍTULO

DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR ANBULATORIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MONTSERRAT MIRET BERNAL
· Profesión TCAE
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ LAFUENTE MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ENCUESTAS REALIZADAS AL ALTA DE LOS PACIENTES QUE HAN A SIDO INTERVENIDOS DE CATARATAS EN C.M.A.
SE REALIZO DURANTE UNA SEMANA DEL MES DE OCTUBRE DEL 2019 Y OTRA SEMANA DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2019.
VALORAMOS LA ANSIEDAD EN EL MOMENTO DE SU ACOGIDA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADOR 144(PACIENTES CON EL MÁXIMO GRADO DE SATISFACCIÓN) DIVIDIDO POR EL TOTAL DE PACIENTES 164 = 0´87
INDICADOR 19 PACIENTES BASTANTES SATISFECHOS DIVIDIDO POR EL TOTAL DE PACIENTES 164 = 0´11
INDICADOR DE PACIENTES POCO SATISFECHOS 8 DIVIDIDO POR EL TOTAL DE PACIENTES 164 = 0´048

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
RECEPCIÓN Y ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON ACTITUD EMPATICA M,ANTENIENDO UN CONTACTO AFECTIVO: SENSORIAL Y VERBAL
COMPROBANDO ASÍ EL ESTADO DE ANIMO CON EL QUE LLEGAN. ESTO AYUDA MUCHO A DISMINUIR LA ANSIEDAD DEL PACIENTE Y DA
TRANQUILIDAD A LOS FAMILIARES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/865 ===== ***

Nº de registro: 0865

Título
DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR ANBULATORIA DEL
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Autores:
ALFARO GARATE MARIA PILAR, LOPEZ LAFUENTE MARIA DEL CARMEN, MIRET BERNAL MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES DE OJOS, ENFERMEDADES DE TRAUMATOLOGIA, ENFERMEDADES DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y
ENFERMEDADES DE GINECOLOGIA.
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LOS PACIENTES QUE VAN HA SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR ANBULATORIA, SI AL LLEGAR CON UN ESTADO DE
ANSIEDAD ELEVADO PODRIA AFECTAR LA CIRUGIA

RESULTADOS ESPERADOS
DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE VAN HA SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR ANBULATORIA EN EL
RECIBIMIENTO, ATENUANDO ESTE ESTADO DENTRO DE NUESTRA COMPETENCIA COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

MÉTODO
TEST DE CALIDAD Y VALORACION A NIVEL ANSIEDAD SOBRE UNA ESCALA DEL 0 AL 5

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0865

1. TÍTULO

DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR ANBULATORIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

INDICADOR CUANTITATIVO E INDICADOR CUALITATIVO

DURACIÓN
TRES MESES.
DEL 1 DE ENERO DEL 2019 AL 31 DE MARZO DEL 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 - 2019/0406

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA REBOLLAR TORRES
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES ARRIBAS IGNACIO
DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE
MORLANES NAVARRO TERESA
CAMPOS MONTELLANO FRANCISCO JAVIER
LARA NAVARRO EMMA MARIA
SALVADOR GOMEZ TRANSITO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Coordinación de todos los servicios implicados en el proyecto: 1.a. Servicio de Farmacia, Servicio de Geriátría y Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Nuestra Señora de Gracia. 1.b. Servicio de Farmacia y Servicio de Bioquímica del Hospital Clínico Lozano Blesa. 1.c. Transporte de las muestras.
2. Elaboración de un protocolo de implantación de la monitorización y seguimiento.
3. Presentación del protocolo al grupo PROA.
4. Reuniones informativas a los servicios implicados del Hospital Nuestra Señora de Gracia, tanto a los facultativos y residentes, como al personal de enfermería.
5. Informe farmacocinético de todas las monitorizaciones realizadas.
6. Información de resultados al grupo PROA del Hospital.
7. Información de resultados al Servicio de Geriátría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Porcentaje de pacientes en tratamiento con vancomicina a los que se realiza seguimiento clínico (dosis, pauta, indicación...): 10/10 = 100% (Evaluación estándar 100%)
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con vancomicina a los que se realiza monitorización: 9/10 = 90% (Evaluación estándar 80-90%)
- Porcentaje de muestras que llegan en tiempo y hora al HCU: 9/10 = 90% (Evaluación estándar 100%)
- Porcentaje de pacientes monitorizados en los que se elabora informe farmacocinético: 9/9 = 100 % (Evaluación estándar 100%)
- Porcentaje de aceptación de las recomendaciones realizadas en los informes farmacocinéticos: 9/9 = 100 % (Evaluación estándar 80-90%)
- Número de sesiones informativas realizadas > 1. Se han realizado dos sesiones: Fecha 13.2.2019: "Monitorización farmacocinética de vancomicina". Fecha 29.10.2019 Sesión acreditada: "Implantación de un programa de monitorización farmacocinética de vancomicina". 100% (Evaluación estándar 100%)
- Informes de difusión de resultados > 1. En la sesión acreditada de 29.10.2019 y en las del grupo PROA. 100% (Evaluación estándar 100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la monitorización de los niveles farmacocinéticos de vancomicina en el Hospital Nuestra Señora de Gracia (HNSG) se ha constatado lo conocido desde hace años a raíz de los estudios publicados, y es la importante variabilidad inter e intraindividual en función del estado del paciente y de su evolución clínica, y la necesidad de individualizar las dosis utilizadas. Esta individualización posológica nos ha permitido optimizar el tratamiento (no administrar dosis supraterapéuticas ni subterapéuticas) y aportar calidad al proceso asistencial. Se ha podido utilizar de forma segura vancomicina, antibiótico glucopéptido de eliminación mayoritariamente renal, cuyos efectos adversos por sobredosificación pueden llegar a ser graves e irreversibles. El desarrollo del circuito ha sido complicado al no poder determinar en el HNSG los niveles de vancomicina y tener que derivar las muestras al Servicio de Bioquímica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCU). Se ha necesitado la colaboración del laboratorio de este hospital, la coordinación con el transporte del Sector I para que las muestras llegasen directamente a la 4ª planta (Servicio de Bioquímica HCU), fijar las horas de extracción en horario de tardes para que pudiese enviarse en el turno de las 7 h de la mañana... El trabajo conjunto con el Servicio de Farmacia del HCU ha sido indispensable para la rápida comunicación del resultado que nos ha permitido contactar con el facultativo prescriptor y proceder a la adecuación de la pauta de forma rápida. Ha sido el Servicio de Farmacia del HCU el que ha elaborado los informes farmacocinéticos.

7. OBSERVACIONES.

El desarrollo del protocolo y sus inicios en la implantación han sido costosos por la necesidad de coordinar diferentes servicios y hospitales. Sin embargo, sí ha sido efectivo, ya que la utilización segura de vancomicina ha ayudado a reservar otras terapias y ha contribuido a evitar resistencias, uno de los principales problemas de Salud Pública a nivel mundial. Este proyecto se ha enmarcado en las actividades del grupo PROA del HNSG.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0406

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/406 ===== ***

Nº de registro: 0406

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE VANCOMICINA

Autores:
REBOLLAR TORRES ELENA, ANDRES ARRIBAS IGNACIO, DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE, MORLANES NAVARRO TERESA, GOMEZ SALVADOR TRANSITO, CAMPOS MONTELLANO FRANCISCO JAVIER, LARA NAVARRO EMMA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Utilización segura y eficaz de vancomicina

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
De entre los procesos clave de los Servicios de Farmacia Hospitalaria se encuentra la Atención Farmacéutica al paciente interno, externo y ambulante. Este proyecto identifica la mejora en la Atención Farmacéutica al paciente interno a través de la monitorización farmacocinética de antibióticos, en concreto de vancomicina, antibiótico glucopéptido descubierto en 1956 que actúa preferentemente sobre bacterias Gram+. Se trata de un antibiótico de uso hospitalario, de eliminación mayoritariamente renal y cuyos efectos adversos por sobredosificación pueden llegar a ser graves e irreversibles. El Servicio de Geriátrica, con la Unidad de Orto geriátrica, incluye pacientes en los que la función renal puede verse alterada, ya sea por la edad, por su patología o por el tratamiento concomitante con otros fármacos nefrotóxicos, lo cual puede afectar a la eliminación de este antibiótico. La monitorización de sus concentraciones plasmáticas es una de las principales estrategias para mejorar los resultados clínicos de su utilización. El informe farmacocinético individualizado y sus recomendaciones, permitirá disminuir los efectos adversos y aumentará la efectividad del tratamiento al evitar dosis subterapéuticas. La utilización segura de vancomicina ayudará a reservar otras terapias y contribuirá a evitar resistencias, uno de los principales problemas de Salud Pública a nivel mundial. Al no poder disponer del Kit de determinación de niveles en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, se hace necesaria la coordinación de diferentes Servicios de nuestro hospital y del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, además del transporte de muestras.

RESULTADOS ESPERADOS
Enmarcado en el programa PROA del hospital, el principal objetivo de este proyecto es la implantación de un programa de monitorización farmacocinética de vancomicina.
Población diana: todos los pacientes tratados con vancomicina en el Servicio de Geriátrica y la Unidad de Orto geriátrica.

MÉTODO
- Coordinación de todos los servicios implicados en el proyecto: Servicio de Farmacia, Servicio de Geriátrica y Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Nuestra Señora de Gracia; Servicio de Farmacia y Servicio de Bioquímica del Hospital Clínico Lozano Blesa; Transporte de las muestras.
- Elaboración de un protocolo de implantación de la monitorización y seguimiento.
- Presentación del protocolo al grupo PROA.
- Reuniones informativas a los servicios implicados del Hospital Nuestra Señora de Gracia, tanto a los facultativos y residentes, como al personal de enfermería.
- Informe farmacocinético de todas las monitorizaciones realizadas.
- Información de resultados al grupo PROA del Hospital.
- Información de resultados al Servicio de Geriátrica.
Por las características de nuestro hospital, no nos es posible disponer del kit de determinación de niveles de vancomicina, por lo que se ha tenido que contactar con el Servicio de Farmacia del Hospital Clínico Lozano Blesa y es el Servicio de Bioquímica de dicho hospital quien determina los niveles de las muestras extraídas en nuestro hospital y que son procesadas previamente en nuestro laboratorio. Tal tarea ha necesitado la coordinación de diferentes servicios y unidades de ambos hospitales.

INDICADORES
Evaluación longitudinal con recogida y análisis de los datos de forma periódica.

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con vancomicina a los que se realiza seguimiento clínico (dosis,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0406

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA

- pauta, indicación...). Evaluación estándar 100%
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con vancomicina a los que se realiza monitorización. Evaluación estándar 80-90%
 - Porcentaje de muestras que llegan en tiempo y hora al HCU. Evaluación estándar 100%
 - Porcentaje de pacientes monitorizados en los que se elabora informe farmacocinético. Evaluación estándar 100%
 - Porcentaje de aceptación de las recomendaciones realizadas en los informes farmacocinéticos. Evaluación estándar 80-90%
 - Número de sesiones informativas realizadas > 1. Evaluación estándar 100%
 - Informes de difusión de resultados > 1. Evaluación estándar 100%

DURACIÓN

Fecha de inicio: enero 2019

Fecha de finalización: diciembre 2019.

Calendario:

- Actividad 1ª: Elaboración del protocolo.
- Actividad 2ª: Aprobación del protocolo por el grupo PROA.
- Actividad 2ª: Presentación del protocolo en sesiones clínicas.
- Actividad 3ª: Implantación del programa.
- Actividad 4ª: Medición y recogida de datos prospectiva.
- Actividad 6ª: Comunicación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0890

1. TÍTULO

REALIZACION DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SONIA IRIARTE RAMOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REBOLLAR TORRES ELENA
FERRER BALSALOBRE MARIA LUISA
LAZAR DANIELA
BUSTOS SAENZ MARIA JESUS
ALCAZAR RODRIGUEZ MARIA ANGELES
RIPOLLES SANCHO RAFAEL
CALVO HORNILLOS PEDRO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas según calendario previsto han sido:
- Formación de un grupo de trabajo.
- Revisión de los puestos de trabajo y tareas adscritas a cada uno de ellos.
- Elaboración del manual de actividades.
- Implantación del manual de actividades.
- Medición de indicadores.
- Comunicación al personal los resultados obtenidos.
- Establecimiento de medidas de mejora.

Los responsables son todo el grupo de trabajo que conforma la Unidad de Farmacia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados obtenidos:
- Unificación criterios de actuación de los trabajadores de la unidad.
- Mejora de la comunicación entre los profesionales.
- Reducción factores de riesgo que favorezcan resultados erróneos.
- Estandarización todas las medidas y actuaciones en farmacia.
- Ayuda a los profesionales de nueva incorporación.
- Disminución la aparición de errores.
- Optimización la utilización de recursos humanos y materiales.
- Reducción de la incidencia de resultados erróneos.
- Creación de un grupo de trabajo.

Seguimiento de los indicadores del proyecto:
- Porcentaje de plantilla de farmacia que tiene conocimiento del contenido del manual de funcionamiento: 100%
- Porcentaje de plantilla de correturnos que tiene conocimiento del contenido del manual de funcionamiento: 100%
Se considera resultado correcto:
"100% de la plantilla de farmacia tenga conocimiento del contenido de dicho manual"
"65% de la plantilla de correturnos que pasa por el servicio de farmacia tenga conocimiento del contenido de dicho manual"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La incorporación del manual al servicio, ha favorecido, unificar criterios respecto al cronograma/ distribución de las tareas diarias y ante cualquier incidencia.
Además ha servido de guía al personal de nueva incorporación, como al personal de correturnos.
Todo ello se ha traducido en una optimización de los recursos, reducción de errores y mejora del clima laboral.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/890 ===== ***

Nº de registro: 0890

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0890

1. TÍTULO

REALIZACION DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

Título

REALIZACION DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

Autores:

IRIARTE RAMOS SONIA, FERRER BALSALOBRE MARIA LUISA, LAZAR DANIELA, BUSTOS SAENZ MARIA JESUS, ALCAZAR RODRIGUEZ MARIA ANGELES, RIPOLLES SANCHO RAFAEL, CALVO HORNILLOS PEDRO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODA PATOLOGÍA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las unidades de Farmacia son Unidades, donde son necesarios una serie de conocimientos por parte del personal de enfermería (Enfermeros, TAF, Técnicos, TCAE) para su correcto funcionamiento. Para ello es fundamental disponer de un manual de consulta que sirva como referencia al personal para unificar criterios, evitar errores, mejorar la calidad asistencial y con ello reducir el gasto sanitario.

Métodos de detección y priorización empleados:

Tras la formación de un grupo de trabajo para valorar los problemas que se dan u oportunidades de mejora que se pueden dar en nuestro medio laboral, se hizo una selección, y posterior priorización mediante la técnica de Hanlon. Siendo lo más puntuado la elaboración de un manual de actividades de la unidad de farmacia del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

Importancia y utilidad del proyecto:

? Importante repercusión del resultado en el tratamiento del paciente.
? Evitar la variabilidad en la forma de trabajo de los profesionales.
? Mejorar la calidad asistencial.
? Creación de un manual de intervenciones en secuencia de acuerdo con un marco de referencia.
? Evitar complicaciones.
? Disminuir el nº de resultados erróneos.
? Unificar criterios de actuación.
? Sensibilizar y formar al personal.
? Mejorar las relaciones interprofesionales.

Situación de partida:

Una misma línea de actuación es un pilar fundamental para el buen funcionamiento de una unidad. La concreción de las actividades-tareas a realizar en cada uno de los diferentes puestos de trabajo que conforman la unidad de farmacia, evita la variabilidad en la forma de trabajo, disminuye errores, favorece buenos resultados, mejora la comunicación interprofesional y facilita la incorporación de nuevos profesionales a la unidad. La evolución en el tiempo y la adaptación a las nuevas demandas asistenciales, plantea la necesidad de actualizar las líneas anteriores de actuación que hayan podido quedar obsoletas.

Causas:

En una unidad de farmacia, son muchas las tareas a realizar según el puesto de trabajo, desde la recepción de productos farmacológicos y su colocación en el almacén, hasta la preparación de pedidos, envasado de dosis, preparación de carros unidos, de nutriciones parenterales totales (NTP)...etc. Todo con la consiguiente repercusión y riesgo para la salud de los pacientes que tiene la administración de un medicamento caducado, erróneamente preparado o administrado a la persona no adecuada.

Fuentes de información:

La principal fuente de información fue obtenida del trabajo diario de los componentes del equipo de trabajo, sin olvidar otras como la revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

RESULTADOS ESPERADOS

? Unificar criterios de actuación de los trabajadores de la unidad.
? Mejorar la comunicación entre los profesionales.
? Reducir o eliminar factores de riesgo que favorezcan resultados erróneos.
? Estandarizar todas las medidas y actuaciones en farmacia.
? Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
? Evitar la aparición de errores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0890

1. TÍTULO

REALIZACION DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

- ? Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.
- ? Reducir la incidencia de resultados erróneos.
- ? Crear de un grupo de trabajo.

MÉTODO

- Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo.
 - Actividad 2ª: Revisión de los puestos de trabajo y tareas adscritas a cada uno de ellos.
 - Actividad 3ª: Elaboración del manual de actividades.
 - Actividad 4ª: Implantación del manual de actividades.
 - Actividad 5ª: Medición de indicadores.
 - Actividad 6ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos.
 - Actividad 7ª: Establecer medidas de mejora para corregir deficiencias.
- Los responsables son todo el grupo de trabajo que conforma la Unidad de Farmacia.

INDICADORES

- ? Porcentaje de plantilla de farmacia que tiene conocimiento del contenido del manual de funcionamiento.
 - ? Porcentaje de plantilla de correturnos que tiene conocimiento del contenido del manual de funcionamiento.
- Se considerará resultado correcto:
"100% de la plantilla de farmacia tenga conocimiento del contenido de dicho manual"
"65% de la plantilla de correturnos que pasa por el servicio de farmacia tenga conocimiento del contenido de dicho manual".

DURACIÓN

- Calendario (Abril 2019-Enero 2020):
- Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo. (Abril 2019)
 - Actividad 2ª: Revisión de los puestos de trabajo y tareas adscritas a cada uno de ellos. (Abril 2019)
 - Actividad 3ª: Elaboración del manual de actividades. (Mayo-Octubre 2019)
 - Actividad 4ª: Implantación del manual de actividades. (Noviembre 2019)
 - Actividad 5ª: Medición de indicadores. (Enero 2020)
 - Actividad 6ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos (Enero 2020)
 - Actividad 7ª: Establecer medidas de mejora para corregir deficiencias. (Enero 2020)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0173

1. TÍTULO

PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO II: DESARROLLO DE ESTRATEGIAS

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA LUISA GASPAR RUZ
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ NAVARRO RAQUEL
PEREZ BERASATEGUI OSCAR
MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE
MESA LAMPRE MARIA PILAR
LARA GUI SANDO ENMA LUZ
MARCO BES TERESA
VILLAR DE MARCOS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se modificó el formato de valoración funcional al ingreso del paciente en HDG, orientándolo al estudio de sarcopenia y añadiendo escalas que se pasan también al alta del paciente (SARC-F, fuerza prensora, Mini MNA y SPPB). Dicho registro se ha estado usando a modo de prueba durante el último trimestre del año, habiéndonos planteado su diseño final para poder ser valorado por la Comisión de Historias Clínicas y ser empleado como registro definitivo.
- Durante el primer semestre se empezó a diseñar un folleto informativo para los usuarios (cuidadores y pacientes) que se viene ya entregando desde Junio en el momento del alta en HDG.
- Consta de los siguientes apartados:
 1. Recomendaciones de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología sobre ejercicio físico y prevención de caídas.
 2. Cómo levantarse del suelo después de una caída.
 3. Adaptaciones en el domicilio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

El 100% de los pacientes que ingresaron en HDG desde el mes de Septiembre fueron valorados con el nuevo formulario.

El 93% de los pacientes que fueron dados de alta desde Junio en HDG recibieron el folleto informativo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos positivamente las actuaciones realizadas:

La valoración que se realiza en este momento con las escalas al ingreso y al alta, nos orientan de forma más concreta sobre la efectividad de los tratamientos aplicados en HDG. Las escalas introducidas nos dan más luz sobre las áreas concretas de mejora para poder incidir en aspectos concretos y de forma más centrada en cada paciente. La implementación del proyecto es aún de corto recorrido. Nuestra intención como equipo es darle continuidad observando flecos de mejora. El coste económico del proyecto es mínimo (papelería).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/173 ===== ***

Nº de registro: 0173

Título
PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Autores:
GASPAR RUZ MARIA LUISA, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, MESA LAMPRE MARIA PILAR, LETOSA BOLEA VICTORIA, LARA GUI SANDO EMMA LUZ, VILLAR DE MARCOS MARIA JOSE, CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS, MARCO BES TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0173

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ANCIANO DESDE EL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO II: DESARROLLO DE ESTRATEGIAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Caídas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Detectamos en HDG que nuestros usuarios son un grupo especialmente sensible al problema de las caídas. Los ancianos se caen frecuentemente y las caídas, en este rango de edad, originan graves problemas de salud (síndromes de inmovilidad, fracturas, dependencia, etc), además de gran coste para el sistema sanitario.
En este momento no tenemos una línea de actuación definida en cuanto a estas situaciones.
HDG es un recurso que permite incidir en los factores que propician las caídas, dado que nuestros usuarios permanecen en su domicilio durante el programa de recuperación funcional.

RESULTADOS ESPERADOS
Registrar las caídas que se producen tanto dentro de HDG como las que se producen en los domicilios: cómo, cuándo, dónde,... Analizar posteriormente los datos recogidos para plantear posibles actuaciones que minimicen los riesgos de caída.
Establecer contacto con las familias y cuidadores para informar sobre riesgos en el hogar y facilitar información sobre manejo de estas situaciones en el domicilio: qué hacer, a quién llamar, cómo prevenir,...

MÉTODO
Realizar un documento de recogida de datos sobre las caídas que se produzcan en los domicilios de los usuarios para el posterior análisis de los factores de riesgo más habituales.
Protocolizar toma de contacto con cuidadores, una vez que se ha producido la caída para facilitar información sobre manejo de las caídas en el domicilio.
Realizar base de datos con toda la información recogida.

INDICADORES
Indicador 1: Total caídas de usuarios producidas tanto en el domicilio como en el propio HDG/ realizar ficha de recogida de datos sobre la caída. (Nuestro objetivo sería alcanzar el 90%)

Indicador 2: Llamadas realizadas al domicilio de los usuarios/ total de caídas registradas. (Nuestro objetivo sería el 80%)

DURACIÓN
El proyecto se inicia en Enero de 2018 y finaliza en Diciembre de 2018.

Realización de hoja de registro de caídas (Enero). Los datos serán recogidos por los profesionales de HDG (las dos terapeutas ocupacionales, TCAE, enfermera o celadora).

El contacto telefónico lo realizará la Terapeuta Ocupacional responsable del usuario afectado.

Se realizarán reuniones del grupo de mejora cada dos meses (Febrero, Abril, Junio, Septiembre, Noviembre).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0220

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN, CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE SOFIA SOLSONA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES
CHAMORRO LASALA MARIA JESUS
CAMPOS SANZ ASUNCION
ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN
MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES
ANAYA GIL TERESA
ESTAUN FERNANDEZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1) Intervención-prevención: puesta en marcha del programa de ejercicio adicional adaptado realizado durante el 2018, de forma individual al paciente anciano durante el ingreso.

- Se ha iniciado el protocolo en Noviembre de 2019 en la mitad de las camas del Servicio de Geriatria para observar la adherencia, la ejecución y la satisfacción de pacientes y familiares del programa de DFH.
- Se ha realizado la identificación de los pacientes con DFH según los criterios de inclusión.
- Se ha introducido en el programa de Dominium-Farmatools de HNSG en "Cuidados hospitalarios" la ejecución de ejercicios según el nivel del paciente (deambulacion, sedestacion, encamado).
- El médico responsable una vez identificado el paciente con DFH y el tipo de ejercicios que tiene que realizar ha pautado el tipo de ejercicio físico en el farmatools.
- Enfermería ha colocado en el cabecero de la cama el distintivo del tipo de ejercicio que tiene que realizar el paciente y se le ha dado a la familia un tríptico informativo del programa.
- Se ha explicado por parte del personal sanitario (Médico responsable y/o Enfermería) dichas pautas a la familia, aportando una hoja con los ejercicios a realizar durante el ingreso y como realizarlos con el objetivo de que sea el cuidador principal y/o el paciente quien los haga, con la posibilidad de apoyo de un Fisioterapeuta en los pacientes que se ha considerado por parte del facultativo.

2) Intervenir sobre factores de riesgo modificables: delirium, encamamiento, fluidoterapia.
- Se han colocado calendarios y relojes en todas las habitaciones de los pacientes con el objetivo de prevenir el delirium.
- Se objetivo en un trabajo realizado durante el 2018 que el encamamiento y la fluidoterapia son factores de riesgo modificable en la prevención del DFH, por lo que se han comentado dichos resultados con el resto de facultativos y residentes del Servicio para mejorar estos resultados.
- Los resultados de dicho trabajo se han presentado a lo largo del 2019 en diferentes jornadas y congresos de Geriatria.

3) Valorar el beneficio obtenido tras la intervención realizada:
- Se ha dado una hoja de registro de ejercicio para saber cuántas veces al día y que ejercicios se han llevado a cabo por parte del paciente.
- Se ha anotado por parte del Facultativo responsable si se ha realizado el protocolo de manera correcta y si se ha modificado en nivel de intervención durante el ingreso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha puesto en marcha el protocolo de detección de pacientes con DFH.
- Pauta de ejercicio físico adaptado según clasificación de los pacientes.
- Elaboración de Folletos y carteles informativos
- Sesiones al personal sanitario del Hospital: 1 sesión en octubre'19 a la que acudieron todos los Facultativos y MIR del Servicio de Geriatria, Médicos del servicio de Rehabilitación, Fisioterapeutas y enfermería. En Enero 2020 sesión para Enfermería y auxiliares explicando el protocolo y extenderlo al todo el Servicio.
- Se ha impartido un taller dentro los cursos de formación del Sector I sobre detección de DFH y esta pendiente la segunda edición durante el año 2020.
- Reuniones del grupo de trabajo de DFH: Se ha formado un equipo interdisciplinar con Médicos Geriatras, Mir de Geriatria, Médico Rehabilitador, enfermería y auxiliares del Servicio de Geriatria y Fisioterapia. Se han realizado 4 reuniones en el año 2019 para la distribuir las tareas a realizar por cada miembro y la puesta en marcha del protocolo realizado durante el 2018.
- Se ha valorado que desde noviembre en el grupo de pacientes en los que se ha iniciado el protocolo cumplen criterios de inclusión el 35 %. El 50 % en el grupo deambulacion y 50 % en sedestacion. La media de realización de los ejercicios ha sido 1 vez al día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El DFH en pacientes ancianos es muy frecuente y se asocia a múltiples complicaciones, deterioro funcional y cognitivo.
Se ha realizado un protocolo de detección de DFH para realizar una intervención mediante ejercicio físico multicomponente con el objetivo de disminuir la pérdida funcional y las complicaciones derivadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0220

1. TÍTULO

PROGRAMA DETECCIÓN, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

En nuestro medio se ha observado que es frecuente que los pacientes que ingresan en Geriátrica presenten un importante deterioro funcional, por lo que el programa de ejercicio físico mejorará la calidad de vida y la pérdida funcional asociada a un ingreso hospitalario. Debido a que la adaptación de todos los miembros del Servicio de Geriátrica (Médicos, enfermeras, auxiliares.) está siendo limitada seguiremos dando sesiones explicando la importancia de la movilización de los pacientes ancianos durante la hospitalización y la puesta en marcha de nuestro proyecto. Se elaborarán videos explicativos de los ejercicios para que sea más fácil la ejecución de éstos mismos y también se grabará un video para el canal cerrado de TV del Hospital. Nuestro objetivo será mejorar la adherencia a la realización del ejercicio físico. El programa va a seguir en marcha en nuestro servicio y consideramos que es necesario continuar trabajando en mejoría de la calidad de vida de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/220 ===== ***

Nº de registro: 0220

Título
PROGRAMA DETECCIÓN, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

Autores:
SOLSONA FERNANDEZ SOFIA, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, CHAMORRO LASALA MARIA JESUS, CAMPOS SANZ ASUNCION, ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN, SANZ FRANCO ESTHER, GARCES LAPUENTE SARA, ESTAUN FERNANDEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los mayores que ingresan en los hospitales en España son 37,8% (INE- 2015). En los hospitales existe gran presión asistencial, burocracia y problemas de comunicación que comprometen la mejoría del anciano. El anciano fisiológicamente presenta modificaciones en la composición corporal, en piel, en sistema musculoesquelético, etc que predisponen a sufrir complicaciones, pluripatología, polifarmacia con mayor deterioro funcional y cognoscitivo. Los mayores necesitan una especial atención en los cuidados hospitalarios.

CONCEPTOS:
-DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO (DFH): pérdida de la capacidad para realizar al menos una actividad de la vida diaria básica en el momento del alta respecto a la situación funcional considerada como 2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda. Durante el ingreso será posible la recuperación funcional adoptando medidas adecuadas.
-DETERIORO PREHOSPITALIZACIÓN: deterioro funcional desde el inicio de la enfermedad aguda previo a la hospitalización. Se consideran dos semanas previas al ingreso. No es susceptible de modificar desde el medio hospitalario y sí desde atención primaria.
-DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO GLOBAL (DFH GLOBAL): suma del deterioro funcional prehospitalario y DFH.

PREVALENCIA:
Gran variabilidad según los trabajos consultados, población estudiada, metodología o unidad hospitalaria valorada siendo de 70, 6% a 88%
FISIOPATOLOGÍA DEL DFH:
El DFH se debe a los cambios del envejecimiento mencionados previamente y a los factores asociados a la hospitalización como disminución de la movilidad, aislamiento social, dietas restrictivas, uso de catéteres, sujeciones físicas, camas altas, barandillas, polifarmacia.
FACTORES DE RIESGO:
Favorecedores de este DESACONDICIONAMIENTO son: MODIFICABLES: inmovilidad, delirium, polifarmacia, rutinas hospitalarias clásicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0220

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN, CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

NO MODIFICABLES: edad, deterioro funcional previo, deterioro cognitivo.

CONSECUENCIAS DFH:

El DESACONDICIONAMIENTO hospitalario conlleva a peor evolución clínica, mayor número complicaciones (caídas, delirium, deshidratación, desnutrición, UPP, infecciones). Aumentando los recursos sanitarios y mortalidad: 41% al año del alta

RESULTADOS ESPERADOS

1ª) IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN PACIENTE DE RIESGO DE DFH.

Se diseñará un PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTE DE RIESGO DE DFH utilizando herramientas de screening y se elaborarán CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

2ª) INTERVENCIÓN-PREVENCIÓN con la elaboración de un PROGRAMA DE EJERCICIO ADICIONAL ADAPTADO de forma individual al paciente anciano

3ª) IMPLICAR a todos los profesionales sanitarios y familiares mediante la elaboración de:

- FOLLETO EXPLICATIVO EN FORMATO TRÍPTICO

- CARTELES

Los resultados que se esperan obtener es mejoría en las actividades de la vida diaria básicas y secundariamente estabilización clínica, menor complicaciones, menor mortalidad

Cooperan los Servicios de Geriatria y Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia

MÉTODO

PLAN DE COMUNICACIÓN con el resto del personal sanitario y familias se realizarán:

- Sesiones informativas: en las reuniones y/o sesiones que a su vez tienen lugar dentro de cada servicio y/o unidad: rehabilitación, geriatría, enfermería, fisioterapia.

- Talleres a las familias.

- Folleto en formato tríptico y carteles

B- REUNIONES DE EQUIPO se fijaran cada 2 meses

C- RECURSOS MATERIALES se utilizaran Fotocopiadora, Ordenador, Aula de docencia. Podría habilitarse una zona del pasillo de Geriatria B e incluso una habitación para reunir a pacientes y familias

INDICADORES

- Número pacientes de riesgo de DFH / número total de pacientes ingresados

- Ganancia funcional absoluta=IBA (Índice Barthel al alta)-IBI (Índice de Barthel al ingreso). Siendo una Ganancia funcional absoluta adecuada > 20 y excelente > 35 puntos

- Eficiencia: IBA-IBI/estancia. Siendo una actividad rehabilitadora moderada: > 0,5 e intensa: >1.

- Nº asistentes personal sanitario de rehabilitación / nº total de personal sanitario adjudicado a rehabilitación

- Nº asistentes personal sanitario de geriatría / nº total de personal sanitario adjudicado a geriatría.

- Encuesta de satisfacción a los familiares y cuidadores asistentes a los talleres.

DURACIÓN

CRONOGRAMA:

- Abril-Septiembre 2018 :

+ Diseño del PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTE DE RIESGO

+ Elaboración de FOLLETO EXPLICATIVO EN FORMATO TRÍPTICO-CARTELES

- PROGRAMA DE EJERCICIOS ADAPTADOS

- De Septiembre -Octubre 2018:

+ Difusión PROGRAMA DE INTERVENCIÓN-PREVENCIÓN Y DEL PROGRAMA DE EJERCICIO ADICIONAL ADAPTADO

- A partir Octubre 2018:

Ejecución de PROGRAMA DE EJERCICIOS ADAPTADOS .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0457

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR OCHOA CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLSONA FERNANDEZ SOFIA
SCHADEGG PEÑA DANIEL
JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA
ESTAUN FERNANDEZ MARIA TERESA
PEREZ MILLA MARIA ANGELES
FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. IMPLANTACION DE MEDIDAS AL COMPLETO:

- Calendario y relojes en todas las habitaciones: cada día se pone la fecha correcta. Hay una filosofía en el personal de la importancia de tenerlo actualizado. Los familiares se apoyan en ellos para favorecer la orientación con el enfermo. Esta medida también se enseña a los estudiantes de medicina que pasan por el servicio, y se valora muy bien por ellos.

- Corrección de retenciones de orina aguda: Se utiliza un Eco bladder de fácil utilización para detectar retenciones, que se solucionan en el momento. Los pacientes no entran en la noche con una retención no resuelta. Se hace sondaje evacuador que solo se deja permanente si el problema obstructivo no es reversible.

- Revisión de fármacos: Todos los tratamientos de los ingresos se valoran por el médico y las prescripciones son valoradas también por el servicio de farmacia. Este doble control favorece una prescripción más adecuada. Se han aplicado los criterios STOPP START indicados para la población geriátrica.

- Se valora el dolor en todos los pacientes, pautando analgesia según escala analgésica de la OMS. Si se favorece estreñimiento se pautan laxantes y se vigila para que no exista impactación fecal (causa por sí mismo de delirium)
- Los familiares colaboran para no dejar solo al paciente la primera noche, si alguno no puede quedarse busca algún cuidador que le ayude u otro familiar. Los familiares entienden que los pacientes con riesgo no deben quedarse solos. También colaboran en la movilización haciendo ejercicios o caminando con ellos cuando se puede y en la reorientación.

2. MEDIDAS INCORPORADAS A LA RUTINA DEL SERVICIO:

- Las medidas están incorporadas en el funcionamiento asistencial en el servicio. El cambio de personal por movilidad voluntaria hizo necesario explicar funcionamiento y la respuesta fue muy buena, con normalización en los cambios de los calendarios. A fecha de hoy los calendarios están bien utilizados en todas las habitaciones.

Otras medidas: Se enciende la luz de noche todas las noches para favorecer el descanso; se favorece la movilidad, y apenas se usan las restricciones físicas

- El proyecto ha facilitado que este cuadro clínico se conozca mejor, que se detecte y que los familiares lo entiendan mejor, colaborando.

3. ELABORACION DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Previsto elaborar un trabajo de investigación para conocer qué factores influyen más en este cuadro, de forma que se pueda optimizar la atención a estos enfermos
Proyecto ya elaborado presentado al CIBA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Mejorar la conciencia del problema en el personal, con colaboración para implantar las medidas.

- Mejorar la conciencia de los familiares con el problema, el delirium asusta y preocupa y hacerles partícipes de la asistencia ha sido bien aceptado.

- El delirium es un cuadro frecuente, pero se ha conseguido menor duración y mejor apoyo de los familiares.

- El proyecto ha tenido también su papel docente, mejorando el conocimiento de prevención y detección de delirium en los estudiantes que han pasado por el servicio, incluso alguno de ellos lo plasmó en la sesión clínica que tienen que preparar.

- Elaboración de un proyecto de investigación en este momento pendiente de valoración en el CIBA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El porcentaje de delirium en el servicio de geriatría es alto y hay peor pronóstico en estos pacientes, con mayor estancia media y mayor poli medicación. Con una colaboración interdisciplinar se pueden implantar medidas que ayuden a detectarlo y que tenga menor duración o incluso a prevenirlo.

Entender cuadros clínicos frecuentes en el anciano, y hacer partícipe en los cuidados hacen aceptar mejor lo que ocurre al familiar, siendo bien valorada esta iniciativa.

Los estudiantes están muy interesados en aprender y si se les incluye aceptan la docencia en geriatría de buen grado.

El trabajo ha hecho surgir una línea de investigación que puede ser interesante para mejorar la seguridad clínica en el paciente geriátrico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0457

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRÍA

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA FINAL. ESTA ES LA MEMORIA CORRECTA, LA ANTERIOR ES ERRONEA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/457 ===== ***

Nº de registro: 0457

Título
IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRÍA

Autores:
OCHOA CALVO MARIA PILAR, SOLSONA FERNANDEZ SOFIA, SCHADEGG PEÑA DANIEL, JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA, ESTAUN FERNANDEZ TERESA, PEREZ MILLA MARIA ANGELES, FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE, OLARTE MOLINERO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología que ingrese en el servicio
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de delirium en ancianos hospitalizados es alta, pudiendo llegar a ser mayor de 50%. Este cuadro se asocia con un empeoramiento del pronóstico, en muchas ocasiones prolonga la estancia, empeora la función y puede asociarse a más mortalidad; además requiere utilizar fármacos potencialmente dañinos y más asistencia del personal de enfermería.

La prevención puede ser la estrategia más efectiva para disminuir su frecuencia y sus complicaciones. Las medidas de prevención pueden ser farmacológicas pero también no farmacológicas. Hay evidencia actual que apoya la implementación de medidas no farmacológicas de forma sistemática, como una medida fácil y eficaz además de costo-efectivas. Esta evidencia no es tan alta para las medidas farmacológicas.

La situación en el servicio de geriatría es de ingresos de pacientes en fase aguda que con frecuencia sufren delirium durante la hospitalización. En torno a un 30-40% de los episodios de delirium pueden prevenirse con medidas no farmacológicas con intervenciones dirigidas al cuidado del anciano hospitalizado siguiendo protocolos de detección precoz y con plan de cuidados preventivos.

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar medidas para que se pueda disminuir la incidencia de delirium en el paciente geriátrico ingresado en la unidad de geriatría.
Incorporar medidas de fácil aplicación en la rutina de los cuidados de auxiliares y enfermeras.
Disminuir el número de psicofármacos pautados de urgencia
Elaborar un protocolo de detección precoz con un plan de cuidados adecuado.

MÉTODO

1. Identificar pacientes con alto riesgo de delirium en las 24 h primeras del ingreso
2. Poner en marcha medidas sistemáticas para prevenir aparición de delirium
 - a. Para este primer año se harán:
 - i. Crear un medio ambiente apropiado. Luz, temperatura, calendario, reloj
 - ii. Comunicación verbal con frases cortas, tranquilizadoras.
 - iii. Favorecer el silencio nocturno y el descanso, evitando acciones por la noche no necesarias.
 - iv. Corregir estreñimientos o retención de orina, antes de llegar la noche
 - v. Buen control del dolor

INDICADORES

Se recogerán durante 2 meses, todos los ingresos con diagnóstico de delirium. Indicador % de delirium/ semana. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.
Se recogerán durante 2 meses, todos los ingresos con medicación condicional administrada durante la noche. Indicador % de pacientes que han sido medicados/semana. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0457

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRÍA

el año.
Se recogerán durante dos meses las medidas implantadas de prevención. Indicador: % de medidas preventivas cumplimentadas. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.

DURACIÓN

Año 2018- 2019: 12 meses

Implantación de medidas:

Elaboración de un protocolo e implementación en planta: durante 4 meses primeros.

Pasados estos 4 meses, se evaluará si se cumplen las medidas en un día de evaluación en dos ocasiones durante el año

Recogida de datos:

Se recogerán datos en un periodo de 2 meses. Todos los ingresos realizados en esos 2 meses.

Se repetirá 4 veces en el año, de forma que estarán valorados los ingresos durante 8 meses no correlativos.

Datos a recoger: edad, sexo, diagnóstico demencia, infección, retención urinaria, impactación fecal, dolor, problemas de oxígeno, hidratación, nutrición, medidas ambientales adecuadas, intervención sanitaria evitable en horas de descanso, psicofármacos pautados de urgencia.

Calendario:

Implantación los 4 primeros meses

Evaluación los meses: 1-2, 4-5, 7-8 y 10-11

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0868

1. TÍTULO

GUÍA DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA SANJUAN BARCELONA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLARTE MOLINERO ANA
GARCIA NARVAIZ CRISTINA
SANZ FRANCO ESTHER
OCHOA CALVO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La presente memoria va a reflejar nuestro segundo año de andadura dentro de este proyecto, llevado a cabo en el Servicio de Geriatria del Hospital Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza. Dos años de trabajo intensos como equipo multidisciplinar, un trabajo reflejado en el día a día, en lo cotidiano, insistiendo, enseñando/formando, mostrando la importancia de cumplir la LOPD.

Estamos satisfechas con lo conseguido, vemos resultados marcados sobre los objetivos fundamentales que nos habíamos fijado.

Hemos realizado:

- Tres reuniones de equipo multidisciplinar y numerosa comunicación.
- Dos formaciones para el personal médico, una sobre aspectos prácticos de la Confidencialidad en el trabajo clínico, llevada a cabo por el comité de ética asistencial I, y otra sobre la LOPD dirigida también a todo el equipo médico de Geriatria, impartida por la Doctora Pilar Ochoa. En ambas se utilizó Power Point
- Dos formaciones impartidas por M^a Victoria Sanjuán, Enfermera, dirigidas al personal de enfermería, TCAES y personal celador. Una formación en el mes de marzo y otra en junio, en ambas se utilizó un Power Point en el que se explicó como el paciente es cada vez más consciente del papel central que tiene en la asistencia sanitaria y su capacidad de autodeterminación, de su información y los usos que se hagan en la misma. Se informo sobre la LOPD, el Reglamento Europeo del 25 de mayo de 2018 y como nos afecta y exige.
- Se formo y puso en marcha un registro de incidencias, dicho archivo, digitalizado y también con copia de papel, registra la incidencia, la describe y marca sus posibles efectos, así como las medidas adoptadas y pasos realizados para su resolución. Este archivo se encuentra dentro del despacho de Supervisión de Enfermería de nuestro Servicio.
- Colocación de máquina trituradora en la sala de trabajo del personal sanitario.
- Acceso en los dos corchos del personal sanitario sobre las formaciones impartidas en nuestra planta, (impresos los Power Point).
- Revisión de la Tabla de Excel de fallos encontrados sobre LOPD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido que el personal de Geriatria esté formado sobre:

- Legislación: LOPD 1999 y RD 2007
- Información Reglamento de UE Mayo 2018 y Power sobre los principios y derechos del reglamento.
- Ley de Autonomía del paciente 41/2002
- Protección de datos personales relacionados con la salud y diferente documentación sobre el tema.

También se ha ido formando al personal que se ha ido incorporando a nuestro servicio.

Se ha logrado que los documentos que contengan datos de carácter personal de nuestros pacientes, sean destruidos en la máquina trituradora de papel.

Hemos conseguido tratar los datos del paciente con conciencia de privacidad y crear un fichero de incidencias y resoluciones.

Se ha mejorado en la privacidad de la información de la evolución del paciente, el personal de enfermería no deja visible sus registros cuando está trabajando con los carros de material, como es el caso del reparto de medicación. No se deja información sobre pruebas, altas o ingresos encima del mostrador del control de enfermería, se guardan en carpetas en las que los datos están protegidos. Se eliminan bien los datos del paciente. Nuestra comunicación sobre el paciente es más cuidadosa, se cierra la puerta del despacho de enfermería en los cambios de turno, no se habla de un paciente dentro de la habitación de otro, en pasillos con gente alrededor, etc... Se tiene cuidado en no dejar visible los datos del paciente cuando están sus historias clínicas pendientes de archivar. Se cogen las llamadas de los pacientes que nos hacen desde la habitación, por el teléfono y no con manos libres.

Tenemos carteles por diferentes zonas donde trabajamos que nos recuerdan que tenemos que garantizar y proteger la LOPD como derecho de nuestros pacientes.

Con estas acciones, medidas tomadas, hemos conseguido SEGURIDAD de los datos obtenidos y CONFIDENCIALIDAD, medidas garante de la seguridad de los datos y de nuestros pacientes y lo que es más importante, una base sólida que debe perdurar en nuestro trabajo diario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos notablemente el esfuerzo realizado por todo el personal de nuestra unidad. Por nuestra parte ha sido un trabajo lento, de ir formando para tomar conciencia y de ir corrigiendo con delicadeza y constancia los malos hábitos adquiridos respecto al cumplimiento de la LOPD. Vemos resultados, hemos mejorado notablemente y queda una base sólida que se puede mantener si se va formando al nuevo personal que se vaya incorporando a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0868

1. TÍTULO

GUÍA DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA

nuestra unidad.

El proyecto no ha supuesto gastos económicos y tendrá a largo plazo un efecto multiplicador, ya que por nuestra unidad pasa numeroso personal que, a su vez rota por otros servicios del hospital, personal que se forma y toma conciencia del cumplimiento de la LOPD.

Cerramos este proyecto, dos años de andadura satisfactoria, de trabajo en equipo, de esfuerzo y constancia, de trabajo en el día a día, de formación/información. Sabemos que tenemos que hacer y como tenemos que hacerlo, como nos afecta la LOPD y que derechos tienen nuestros pacientes. Seguiremos trabajando para mejorar y para que no se pierda todo lo alcanzado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/868 ===== ***

Nº de registro: 0868

Título
GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA, OLARTE MOLINERO ANA, GARCIA NARVAIZ CRISTINA, SANZ FRANCO ESTHER, OCHOA CALVO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Datos del paciente
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: LOPD vigente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Ley Orgánica 15/1999, de 13/XII, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), y el R.D. 1720/2007, de 21/XII, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada LOPD, junto como el nuevo Reglamento de la UE del 25 de Mayo de 2018 sobre LOPD, son las disposiciones básicas de obligado cumplimiento para todas las empresas y profesionales que, en el desarrollo de su actividad, traten datos de carácter personal. El objeto de la ley es garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

RESULTADOS ESPERADOS
Desde nuestro servicio de Geriatría sentimos la necesidad de mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes velando por el cumplimiento de la legislación sobre protección de datos y controlar su aplicación" (art. 37.1 a). El proyecto se realizaría dentro de nuestro Servicio de Geriatría, teniendo como población Diana todo paciente masculino y femenino ingresado. En el transcurso de su estancia manejamos datos de carácter personal que se realizan en nuestro ámbito hospitalario y estos incluyen datos de salud, considerados datos sensibles o especialmente protegidos y, como tales, tienen un régimen de garantías más reforzado
La voluntad de humanización de nuestro servicio de Geriatría y mantener el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, nos lleva a trabajar de manera especial la protección de Datos, para cumplir en la medida de nuestras posibilidades, la LOPD vigente y así asegurara la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan.

MÉTODO
- Constituir un grupo que ayude a la implantación y seguimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos. Estará formado por un equipo multidisciplinar del Servicio de Geriatría.
- El personal del Servicio de Geriatría tendrá conocimientos de la
? Ley Orgánica 15/1999 de 13/XII, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)
? Real Decreto 1720/2007, de 21/XII, de Desarrollo de la LOPD
? Nuevo Reglamento Europeo de PD, 25 Mayo 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0868

1. TÍTULO

GUÍA DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA

- Desde este conocimiento y sensibilización sobre el tema, se sabrá que se debe y se puede realizar para mejorar aspectos relacionados con la calidad y la confidencialidad de los datos personales de nuestros pacientes.
-Se abrirá un fichero en formato informático y papel, para registrar todas las incidencias relacionadas con el manejo de la LOPD. Dicho fichero se llamara: NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE INCIDENCIAS

INDICADORES

El Fichero de: NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE INCIDENCIAS, nos servirá para valorar si desde nuestro Servicio de Geriatria ha habido una mejora progresiva respecto al cumplimiento de la LOPD. Además para abordar estas cuestiones, se hará una evaluación de la evolución o posible cambio de diferentes debilidades encontradas en nuestra unidad de Geriatria, y sus posibles soluciones, (Ver tabla Excel, Quiebras de Seguridad de la LOPD), que hagan de nuestro trabajo como equipo multidisciplinar un cumplimiento de la normativa de la Ley de Protección de Datos.

DURACIÓN

Desde Junio del 2018 a junio 2019 se trabajara de forma intensiva en el tratamiento de la mejora de Protección de Datos en nuestra Unidad de Geriatria. Para ello el equipo constituido por todas las categorías laborales que trabajan diariamente con datos de nuestros pacientes/usuarios. Mantendrán diferentes reuniones marcadas en el Cronograma de Actividades y realizara una Evaluación de impacto:

	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo			
Reuniones							
Equipo	X	X		X	X	X	X
Formación							
Personal	X				X		
Evaluación					X		X

OBSERVACIONES

El servicio de Geriatria cree en la LOPD y por esta razón se desea:

- 1- Crear un equipo Multidisciplinar de Protección de Datos.
- 2- Elaborar un registro de actividades.
- 3- Realizar una evaluación de impacto antes del inicio del tratamiento de datos y al cabo de doce meses.
- 4- Establecer mecanismos y procedimientos de notificación de quiebras de seguridad y evaluar su impacto en la protección de datos. (Fichero)
- 5- Adecuar los formularios según el derecho a la información y los datos que debe conocer el usuario como la finalidad de los datos personales, su uso y los derechos que tienen esos datos.
- 6- Adaptar los mecanismos y procedimientos para el ejercicio de derechos.
- 7- Valorar si el personal sanitario de Geriatria muestra sensibilización y adaptación a la LOPD.
- 8- Elaborar o adaptar, según nuestras posibilidades como unidad, una política de privacidad acorde a las condiciones del nuevo Reglamento Europeo de Protección de Datos.
- 9- Formar al personal para que conozcan las características, las responsabilidades y los requisitos que se deben cumplir respecto a la LOPD.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1051

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ GAMBOA HUARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORRALES CARDENAL JORGE E
MURILLO ERAZO CLAUDIA P
REBOLLAR TORRES ELENA
CONCEJERO PARDOS ROSA
GRACIA MENDOZA DIANA
PORTOLES ALFARO AZUCENA
LARREA GIMENO JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En mayo de 2018 un grupo de profesionales que trabajábamos en el servicio de Geriatria del Hospital Nuestra Señora de Gracia nos reunimos y decidimos organizar un grupo de trabajo cuyo objetivo era la mejora en la atención a los pacientes paliativos ingresados en dicha unidad. El grupo está integrado por: 2 FEA de Geriatria, 4 MIR de Geriatria, 6 enfermeras, 1 farmacéutica y 1 TCAE. Contamos con el Apoyo del Responsable de Informática del Hospital.

La finalidad era analizar necesidades y proponer medidas asistenciales y organizativas que influyesen en la calidad de atención. Acordamos elevar actas de nuestras reuniones para confeccionar documentos que elevaríamos a los responsables (Jefe de Servicio y Director del centro) para facilitar la aplicación de las medidas.

El contrato de Gestión del año 2018 planteaba líneas estratégicas de actuación en este campo, lo que motivó la presentación de un proyecto de mejora de calidad el día 25 de mayo de 2018. Lamentablemente las condiciones para la presentación del proyecto limitaba el número de participantes a 8, a pesar de que el grupo de trabajo contaba con más miembros, obligándonos a una selección representativa del grupo principal.

Hemos mantenido reuniones periódicas, y establecimos en diciembre la necesidad de una reunión mensual con una fecha fija periódica (3er miércoles de mes) para el 2019.

Hemos trabajado en la comprensión y capacitación en la escala NecPal de los miembros del grupo. Se ha propuesto a los FEAs del Servicio de Geriatria su inclusión en la historia física del paciente.

El subgrupo de enfermería ha trabajado en una propuesta de manejo de la vía subcutánea. Nuestra intención es presentarla en una futura sesión hospitalaria.

También hemos captado la necesidad de realizar un estudio del uso de opioides menores y mayores en la Unidad Geriatria A y en las camas asignadas en la Unidad Geriatria B (ORTOGERIATRIA y...) que incluya tipo de indicación, fármaco empleado y circuito de dispensación.

A lo largo del tiempo se ha solicitado de forma explícita a las sucesivas Direcciones la necesidad de definir el uso de las camas "polivalentes" de la citada Unidad Geriatria B, previamente a 2011 destinadas a Geriatria y con posterioridad a fines variables y de alguna manera ineficiente, y manifestado con periodicidad. Mientras tanto, en función de la disponibilidad, se ha intentado y solo parcialmente conseguido en algunos pacientes, facilitar la atención al final de la vida de manera apropiada en cualquiera de las camas del Servicio bloqueando una de las camas en las habitaciones dobles del servicio que son todas menos una.

Durante el año 2019 el grupo ha seguido trabajando en los objetivos planteados. Así resumidos la actividad realizada para finalizar el cronograma del proyecto en los siguientes puntos:

1. Sesiones formativas: sesión acreditada del servicio de Geriatria Dra Gamboa: "Cuidados paliativos en Geriatria: Implantación de medidas". Resumen de las actividades realizadas hasta la fecha por el grupo de calidad. 22/11/2019.

2. Curso acreditado en formación del Salud: "Curso de cuidados paliativos en Geriatria". Dirigido a médicos y enfermeras consiguiendo la cobertura de todas las plazas ofertadas y quejando personas en lista de espera. Fechas 20-21-22 de mayo.

3. Se solicitó el reconocimiento de la Dirección del Centro de un Grupo de Mejora con el nombre de "Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Geriatria (GTCPenGER)". Presentado en mayo de 2019 y autorizado en agosto de 2019. Integrantes: 15 (médicos, enfermeras, MIR, auxiliares, Técnico superior en sistemas informáticos y farmacéutica). El grupo se avaló por los jefes de servicio de Geriatria, Informática y Farmacia.

4. Se ha trabajado a través de la plataforma HP Doctor un formulario específico de Cuidados Paliativos que permita una visibilización con el código Z 51.5 en los informes descargados en la historia clínica electrónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realiza sesión docente en junio de 2018 para los residentes del servicio de Geriatria.

El día 25 de octubre de 2018 Beatriz Gamboa impartió en el Centro de Salud Picarral una sesión sobre informe de alta específico de pacientes subsidiarios de cuidados paliativos del Servicio de Geriatria dentro de sus sesiones acreditadas.

Se nos ha concedido la realización de una edición del curso Cuidados Paliativos en Geriatria en mayo de 2019. Protocolo de manejo de la vía subcutánea en pacientes paliativos en el Servicio de Geriatria.

Número de sesiones realizadas: 4. Estandar >1. 100%.

Aplicación NecPal. Estandar 12%. 100%.

Informes de alta Z51.5. Estandar 80%. 50%.

Sesiones en atención primaria. Mínimo 1. 100%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1051

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo en equipo enriquece los resultados obtenidos. La detección de la necesidad de cuidados paliativos puede emerger en cualquier intervención de cualquier miembro del equipo, manifestada por el paciente o por el cuidador. La atención al paciente anciano, y particularmente en el anciano paliativo, precisa de una actuación coordinada, donde el grupo, garantiza una ganancia marginal que nadie pone en duda.

La motivación del grupo es elevada. Es imprescindible el reconocimiento explícito de la existencia del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Geriatría (GTCPenGER). Pero la obtención de resultados no solo depende de nuestra motivación. Está ligada al compromiso de la administración en la consecución de objetivos, favoreciendo las reuniones y apoyando las medidas de mejora que se recomiendan por parte del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Geriatría.

Nuestra reflexión al finalizar el proyecto es que algunos de los indicadores dependen de cambios estructurales como son las habitaciones individuales, los informes de alta y también los protocolos farmacológicos que requieren de un apoyo institucional explícito, para priorizar las actuaciones y por lo tanto la consecución en resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1051 ===== ***

Nº de registro: 1051

Título
CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

Autores:
GAMBOA HUARTE BEATRIZ, CORRALES CARDENAL JORGE E, MURILLO ERAZO CLAUDIA P, REBOLLAR TORRES ELENA, CONCEJERO PARDOS ROSA, GRACIA MENDOZA DIANA, PORTOLES ALFARO AZUCENA, LARREA GIMENO JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CUIDADO PALIATIVO
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El incremento global de la prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas, discapacidades importantes y prolongadas fases de convalecencia favorece el terreno para que los cuidados paliativos ganen mayor importancia. A pesar de ello, existe información limitada sobre las características de los pacientes que son subsidiarios de estos cuidados.

Distintos miembros del servicio de Geriatría (FEA y MIR) y de Informática y Atención Primaria hemos presentado iniciativas de mejora de la calidad al programa de Gestión de Proyectos en el Servicio Aragonés de Salud (2015-545; 2016-855; 2016-1789). Se ha trabajado en la identificación y la visibilización. En este último caso favoreciendo la continuidad asistencial con Atención Primaria.

Desde el 1 de enero de 2016 al 30 de septiembre de 2017 se dieron de alta del servicio 313 pacientes subsidiarios de tratamiento paliativo. En este periodo se produce el cambio de la CIE9 a la CIE10 como instrumento de codificación de las altas hospitalarias. Con ello se produce un cambio en el código de identificación que pasa de V66.7 a Z51.5 (contacto sanitario para cuidados paliativos).

En la comunidad científica se está extendiendo una filosofía de abordaje más longitudinal en las enfermedades crónicas. Esta corriente se traduce en la teoría de los triángulos invertidos, donde en el momento del diagnóstico de enfermedad, todo profesional socio sanitario debe tener en cuenta las necesidades paliativas del paciente, permitiendo una transición fluida desde las expectativas curativas hasta los cuidados de control de síntoma y mantenimiento de la calidad de vida, el respeto a morir dignamente y el abordaje de la espiritualidad y del duelo.

Tras estas reflexiones, y habiendo conocido datos de la magnitud detectada en el servicio de este grupo de pacientes, se propone crear una línea de trabajo y mejora para implementar medidas tanto organizativas como

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1051

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

asistenciales. Se constituye un grupo interprofesional constituido por FEA y MIR de Geriátría, Enfermería, TCAEs, Farmacéutica e Informática.

RESULTADOS ESPERADOS

- Consolidar un grupo de trabajo interdisciplinar en cuidados paliativos en Geriátría en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.
- Establecer una búsqueda activa del paciente tributario de cuidados paliativos.
- Crear protocolos en el sistema de prescripción electrónica e individualizada para el cuidado del tipo de paciente. Actualización de tratamientos.
- Organizar la atención a la agonía, tomando en consideración: privacidad de la muerte y la atención del duelo.
- Emisión de informes de alta específicos (Informes de Alta-Z51.5-CIAP A99) destinados a la difusión de la información en atención primaria.

MÉTODO

- Sesión/sesiones de divulgación de información para trabajadores.
- Implantación del instrumento NECPAL-CCOMS-ICO.
- Actualización de protocolos ya existentes en el sistema de prescripción electrónica según las últimas guías y publicaciones.
- Puesta en marcha de planes de cuidados de enfermería específicos del paciente paliativo.
- Definir y dotar de espacios específicos para la correcta atención de la fase de agonía y el abordaje del duelo (habitación de uso individual y sala de duelo para familiares).
- Informes de alta formato Z51.5 y difusión en atención primaria.

INDICADORES

- Indicador: Número de sesiones realizadas >1. Evaluación: estándar 100%
- Indicador: Aplicación NECPAL-CCOMS-ICO. Evaluación: estándar =12% de los ingresos anuales.
- Indicador: Protocolos farmatools realizados o revisados/protocolos farmatools de paciente paliativo existentes. Evaluación: estándar 100% protocolos.
- Indicador: Habitaciones de uso individual. Evaluación: Habilitación de 2 habitaciones.
- Indicador: Informes de alta formato Z51.5. Evaluación: Número de informes/Número de pacientes NECPAL positivos =80%.
- Indicador: Sesiones en atención primaria. Evaluación: mínimo 1.

DURACIÓN

- De 1 de junio de 2018 a 31 de diciembre de 2018: desarrollo de sesiones de formación en el servicio para personal interesado para difusión del proyecto, capacitación en el manejo de escala NecPal e implantación de informes de alta.
- Dotación de recursos estructurales (habitación, sala de familiares).
- Diseño de subgrupos de trabajo y distribución de tareas.
- Año 2019: aplicación de escala NecPal, puesta en marcha de protocolos unificados de actuación farmacológica, puesta en marcha de planes de cuidados de enfermería específicos.
- Monitorización del proyecto semestral.

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 - 2019/0166

1. TÍTULO

GUÍA DE CRONOGRAMA DE TCAES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA FELISA BORRAZ ABARDIA
· Profesión TCAE
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RESTADO CLAVERIA MARTA
CASTELLON SOLA ANA
MARTI ROGLAN MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año hemos ido aportando ideas para una buena organización en la planta y distribuir las tareas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido tener todo centralizado e informatizado de todo el trabajo que se realiza en la planta en los tres turnos mañana tarde y noche

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es un aporte positivo para las o los compañeros que se incorporan a este servicio facilitándoles así la información de tareas y funciones de la planta

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/166 ===== ***

Nº de registro: 0166

Título
GUIA DE CRONOGRAMA DE TCAES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA

Autores:
BORRAZ ABARDIA FELISA, REDRADO CLAVERIA MARTA, CASTELLON SOLA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: QUIRURGICOS Y GERIATRIA
Línea Estratégica ..: Adecuación
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN EL ULTIMO AÑO EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA HA ACOGIDO A PACIENTES GERIATRICOS DE FORMA MAS CONTINUA A COMO LO VENIA HACIENDO, DANDO LUGAR A UNA REDISTRIBUCION DEL TRABAJO DESARROLLADO ANTERIOEMNTE CON PACIENTES INTERVENIDOS DE CADERA Y PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DE ORL TRES VECES POR SEMANA. UTILIZANDO LOS MISMOS RECURSOS. POR TODO CONSIDERAMOS MUY NECESARIO ACTUALIZAR UN CRONOGRAMA DE LAS TAREAS REALIZADAS HASTA AHORA PARA PODER UNIFICAR CRITERIOS ENTRE EL PERSONAL Y TENER UN DOCUMENTO DE INFORMACION Y FORMACION PARA LAS TCAES QUE SE PUEDA INCORAPORAR A LA UNIDAD TANTO DE FORMA TEMPORAL COMO DEFINITIVA.

RESULTADOS ESPERADOS
DISTRIBUIR EL TRABAJO A LO LARGO DE LOS TRES TURNOS DE FORMA EFICIENTE Y EFICAZ.
MEJORAR LA EFICIENCIA EN LA CALIDAD DE CUIDADOS A LOS PACIENTES INGRESADOS EN NUESTRA UNIDAD.
CONSEGUIR EL MAYOR PORCENTAJE POSIBLE DE PARTICIPACION DE LAS TCAES DEL SERVICIO Y UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACION.
FORMAR E INFORMAR A TODOS AQUELLAS TCAES QUE ENTREN EN LA UNIDAD

MÉTODO
. A LO LARGO DEL AÑO LAS TCAES DE LA UNIDAD IRAN APORTANDO IDEAS QUE SE ANOTARAN EN UNA HOJA EXCEL DISPUESTA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0166

1. TÍTULO

GUÍA DE CRONOGRAMA DE TCAES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA

EN ORDENADOR DEL TRABAJO.

EL EQUIPO REALIZARA TRES REUNIONES EN EL AÑO PARA IR RECOGIENDO LAS IDEAS Y VALORAR QUE SU INTRODUCCION EN EL CRONOGRAMA CUMPLE LOS OBJETIVOS DE SER EFICACES Y EFICIENTES, Y A SU VEZ PODER IR UNIFICANDO CRITERIOS. SE REALIZARÁ UNA JUSTIFICACION TANTO DE SU ACEPTACION O RECHAZO.

YA EN LA ULTIMA REUNION: SE CONFIGURARÁ EL CRONOGRAMA DEFINITIVO Y

SE ANOTARÁ EL NUMERO IDEAS APORTADAS AL PROYECTO PUDIENDO VALORAR EL GRADO DE PARTICIPACION POR PARTE DE TODO EL SERVICIO

INDICADORES

% PARTICIPACION DE TCAES DE LA UNIDAD

% TCAES A LAS QUE SE LES HA PRESENTADO EL DOCUMENTO TANTO DE LA UNIDAD COMO DE PASO POR LA UNIDAD.

VALORACION DE LA EFICACIA DEL DOCUMENTO POR ENCUESTA DE VALORACION.

DURACIÓN

PROYECTO SE INICIARÁ CON UNA PRIMERA REUNION EN MARZO PARA CONIGURAR LA PAGINA EXCEL Y DEJARLA PREPARADA PARA ANOTACIONES DE NUEVAS IDEAS Y SE COLGARÁ EL CRONOGRAMA CON LAS TAREAS MAS GENERALES DE LOS TRES TURNOS.

2ª REUNION EN JUNIO DONDE SE REVISARÁ LAS IDEAS APORTADAS HASTA EL MOMENTO Y SE VAORARAN POR EL EQUIPO.

EN NOVIEMBRE-DICIEMBRE SE REALIZARÁ LA ULTIMA REUNION PARA SU CONFIGURACION DEFINITIVA.

AÑO 2020 IMPLEMENTARLO EN EL SERVICIO Y CONFECIONAR Y VALORAR LA ENCUESTA DE VALORACION.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0169

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAMA DE ENFERMERAS EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA Y CIRUGIA

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES MARTINEZ MARCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARRIDO MARTINEZ LUISA
CSATELLANOS SANCHO ESTHER
SUÑER SUÑER SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DESCRIBIR LA CRONOLOGIA DE LAS ACTUACIONES DE ENFERMERIA EN UNA JORNADA DE TRABAJO A LO LARGO DE UNA SEMANA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OPTIMIZAR LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES A TRAVES DEL ANALISIS DEL ORDEN Y TIEMPO UTILIZADO EN REALIZAR LAS TAREAS ASISTENCIALES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE DISTRIBUYE MEJOR LA CARGA ASISTENCIAL CON LO QUE LA ATENCION AL PACIENTE ES DE MAS CALIDAD

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/169 ===== ***

Nº de registro: 0169

Título
GUIA DE CRONOGRAMA DE ENFERMERAS EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIAY CIRUGIA

Autores:
MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES, GARRIDO MARTINEZ LUISA, SUÑER SUÑER SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: quirurgico y geriatría
Línea Estratégica ..: Adecuación
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
. EN EL ULTIMO AÑO EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA HA ACOGIDO A PACIENTES GERIATRICOS DE FORMA MAS CONTINUA A COMO LO VENIA HACIENDO, DANDO LUGAR A UNA REDISTRIBUCION DEL TRABAJO DESARROLLADO ANTERIOEMNTE CON PACIENTES INTERVENIDOS DE CADERA Y PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DE ORL TRES VECES POR SEMANA. UTILIZANDO LOS MISMOS RECURSOS. POR TODO CONSIDERAMOS MUY NECESARIO ACTUALIZAR UN CRONOGRAMA DE LAS TAREAS REALIZADAS HASTA AHORA PARA PODER UNIFICAR CRITERIOS ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y TENER UN DOCUMENTO DE INFORMACION Y FORMACION PARA LAS ENFERMERAS QUE SE PUEDAN INCORPORAR A LA UNIDAD TANTO DE FORMA TEMPORAL COMO DEFINITIVA.

RESULTADOS ESPERADOS
. DISTRIBUIR EL TRABAJO A LO LARGO DE LOS TRES TURNOS DE FORMA EFICIENTE Y EFICAZ.
MEJORAR LA EFICIENCIA EN LA CALIDAD DE CUIDADOS A LOS PACIENTES INGRESADOS EN NUESTRA UNIDAD.
CONSEGUIR EL MAYOR PORCENTAJE POSIBLE DE PARTICIPACION DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO Y UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACION
FORMAR E INFORMAR A TODOS AQUELLAS ENFERMERAS QUE ENTREN EN LA UNIDAD

MÉTODO
. A LO LARGO DEL AÑO LAS ENFERMERAS DE LA UNIDAD IRAN APORTANDO IDEAS QUE SE ANOTARAN EN UNA HOJA EXCEL DISPUESTA EN ORDENADOR DEL TRABAJO.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0169

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAMA DE ENFERMERAS EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA Y CIRUGIA

EL EQUIPO REALIZARA TRES REUNIONES EN EL AÑO PARA IR RECOGIENDO LAS IDEAS Y VALORAR QUE SU INTRODUCCION EN EL CRONOGRAMA CUMPLE LOS OBJETIVOS DE SER EFICACES Y EFICIENTES, Y A SU VEZ PODER IR UNIFICANDO CRITERIOS. SE REALIZARA UNA JUSTIFICACION TANTO DE SU ACEPTACION O RECHAZO. YA EN LA ULTIMA REUNION: SE CONFIGURARÁ EL CRONOGRAMA DEFINITIVO Y SE ANOTARÁ EL NUMERO DE IDEAS APORTADAS AL PROYECTO PUDIENDO VALORAR EL GRADO DE PARTICIPACION POR PARTE DE TODO EL SERVICIO

INDICADORES

% PARTICIPACION DE ENFERMERAS DE LA UNIDAD

% ENFERMERAS A LAS QUE SE LES HA PRESENTADO EL DOCUMENTO TANTO DE LA UNIDAD COMO DE PASO POR LA UNIDAD.

VALORACION DE LA EFICACIA DEL DOCUMENTO POR ENCUESTA DE VALORACION.

DURACIÓN

PROYECTO SE INICIARÁ CON UNA PRIMERA REUNION EN MARZO PARA CONIGURAR LA PAGINA EXCEL Y DEJARLA PREPARADA PARA

ANOTACIONES DE NUEVAS IDEAS Y SE COLGARÁ EL CRONOGRAMA CON LAS TAREAS MAS GENERALES DE LOS TRES TURNOS.

2ª REUNION EN JUNIO DONDE SE REVISARÁ LAS IDEAS APORTADAS HASTA EL MOMENTO Y SE VAORARAN POR EL EQUIPO.

EN NOVIEMBRE-DICIEMBRE SE REALIZARÁ LA ULTIMA REUNION PARA SU CONFIGURACION DEFINITIVA.

AÑO 2020 IMPLEMENTARLO EN EL SERVICIO Y CONFECIONAR Y VALORAR LA ENCUESTA DE VALORACION.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0235

1. TÍTULO

ELABORACION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA DEL HNSG TOMO II

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES PEREZ MILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARROYO RAMOS ESTHER
CANO LATORRE ALEJANDRA
CORDOVILLA ESTEBAN ANA
MARTIN CALVO VIRGINIA
PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN
TORRES ANDRES MARIA ANGELES
TOMEIO FERRER MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 14 reuniones a lo largo de 2019 para elaborar y revisar los procedimientos presentados. Se realizó la presentación del Manual de Procedimientos de Enfermería del HNSG TOMO II al personal de enfermería y facultativos el 21 de noviembre de 2019. En diciembre de 2019 se elaboró y distribuyó una encuesta por los diferentes servicios del hospital, para la valoración del manual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado un total de 45 encuestas y se han obtenido los siguientes resultados: El manual lo conocen un 96% de los encuestados, de los cuales saben localizarlo un 93%. Lo han usado un 71% que lo consideran útil y de fácil manejo. Un 86% considera que el proyecto es innovador y no han echado en falta ningún procedimiento. La puntuación del manual ha sido de 9 sobre 10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Manual de técnicas y procedimientos de enfermería ha resultado ser una herramienta muy útil para prestar, mejorar y garantizar la continuidad y calidad de los cuidados de enfermería al paciente, de acuerdo con las normas y filosofía del centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/235 ===== ***

Nº de registro: 0235

Título
ELABORACION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA DEL HNSG TOMO II

Autores:
PEREZ MILLA MARIA ANGELES, ARROYO RAMOS ESTHER, CANO LATORRE ALEJANDRA, CORDOVILLA ESTEBAN ANA, MARTIN CALVO VIRGINIA, PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN, TORRES ANDRES MARIA ANGELES, TOMEIO FERRER MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población con cuidados universales
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar y garantizar la continuidad de los cuidados en la atención enfermera

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los procedimientos de enfermería sirven para unificar los criterios de actuación, reducir la diversidad de la práctica clínica y garantizar la calidad del proceso asistencial. Sirve a los profesionales como guía de consulta. En 2017 se presentó El Manual de Procedimientos de Enfermería del HNSG Tomo II, agrupando los procedimientos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0235

1. TÍTULO

ELABORACION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA DEL HNSG TOMO II

según la clasificación de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
En este proyecto de calidad nos planteamos la necesidad de dar continuidad a este manual, con técnicas de enfermería que se encuentran fuera de las necesidades de Virginia Henderson

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar las técnicas y procedimientos de cuidados más frecuentes a los profesionales de Enfermería, siendo una herramienta útil para prestar los cuidados enfermeros diarios.
- Proporcionar unos cuidados de enfermería de calidad y unificados, de acuerdo con las normas y filosofía del centro para conseguir una asistencia integral y continuada a los pacientes
- Mejorar y garantizar la continuidad de los cuidados en la atención enfermera

MÉTODO

Elaboración del Manual de Procedimientos de Enfermería del HNSG Tomo II, agrupando los procedimientos según procesos de intervención y valoración de enfermería

INDICADORES

Realizar una encuesta al personal y a los estudiantes de enfermería en prácticas que contenga preguntas relativas a la utilidad y grado de satisfacción de este manual.

- Porcentaje de personal que tiene conocimientos del contenido del Manual
- Grado de satisfacción del personal

DURACIÓN

El Manual de Procedimientos de Enfermería, estará a disposición de todos los profesionales en la intranet del Sector Zaragoza I, en diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0383

1. TÍTULO

INFORMACION DEL PROCESO HOSPITALARIO DE FRACTURA DE CADERA PARA PACIENTES Y FAMILIARES

Fecha de entrada: 21/12/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MESA LAMPRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPOS SANZ ASUNCION
CANALES CORTES VICENTE
GARRIDO MARTINEZ LUISA
LABARI SANZ GENOVEVA
MARCO BES TERESA
ROMO CALVO LAURA
SCHADEGG PENA DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Basándonos en una encuesta realizada a pacientes y familiares en el año 2018, conocimos las inquietudes de éstos durante el ingreso por una fractura de cadera. Se recogieron en un listado problemas relacionados con el tipo de fractura y tratamiento, la demora de la intervención, el tipo de anestesia, dudas acerca de la movilización pre y postquirúrgica, complicaciones posibles tanto médicas como quirúrgicas, la rehabilitación, tiempo de ingreso, cada cuanto se debe curar la herida quirúrgica, a qué silla es conveniente levantarlo, ayudas sociales, etc.

Una vez conocidas las cuestiones sobre las que querían ser informados, el equipo de 8 personas se subdividió y se repartió los temas según afinidades y profesión en una reunión presencial realizada el 31 de mayo de 2019:

- Equipo 1: traumatólogo
- Equipo 2: rehabilitadora (9ª persona no certificable) y fisioterapeutas
- Equipo 3: Geriatra y MIR de geriatría
- Equipo 4: enfermeras
- Equipo 5: trabajadora social

Durante todo el verano se trabajó en los diferentes bloques y tras una puesta en común de forma telemática y el 11 de noviembre de presencia física, se presentó el trabajo en una sesión el día 13 de noviembre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto se ha acabado antes de febrero de 2020 como se había propuesto.

Se ha alcanzado el estándar ya que se ha conseguido haber ordenado y unificado todo el material a la espera de la obtención física del cuadernillo que será el límite superior y que ya no depende del grupo de trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el proyecto de 2018 se realizó el folleto que contestaba las dudas que se generaban al llegar al domicilio tras el proceso de fractura de cadera y en el proyecto de 2019 hemos querido completar la serie con otro folleto que tranquilice y responda a todas aquellas preguntas que se hacen tanto los pacientes como sus familiares mientras están en el hospital.

En el primer caso, se consideró que el folleto podía estar colgado en la web de saludinforma y la aceptación ha sido muy buena. No obstante, hasta que no hemos hecho una edición en papel no hemos sido conscientes de lo mucho que agradecen dicha información. Intentaremos hacer lo mismo con el folleto realizado este año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/383 ===== ***

Nº de registro: 0383

Título
INFORMACION DEL PROCESO HOSPITALARIO DE FRACTURA DE CADERA PARA PACIENTES Y FAMILIARES

Autores:
MESA LAMPRE MARIA PILAR, CAMPOS SANZ ASUNCION, CANALES CORTES VICENTE, GARRIDO MARTINEZ LUISA, LABARI SANZ GENOVEVA, MARCO BES TERESA, ROMO CALVO LAURA, SCHADEGG PENA DANIEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0383

1. TÍTULO

INFORMACION DEL PROCESO HOSPITALARIO DE FRACTURA DE CADERA PARA PACIENTES Y FAMILIARES

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Formación de familiares/cuidadores y pacientes para mejorar los resultados del proceso

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

En 2018, se realiza una encuesta a las familias y a los pacientes ingresados por fractura de cadera con el objetivo de conocer la necesidad de información durante el ingreso y al alta. Las necesidades de información detectadas han sido numerosas por lo que una vez realizado un cuadernillo con información al alta, nos proponemos durante el año 2019 realizar un segundo cuadernillo explicativo del proceso durante el ingreso hospitalario.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar un cuadernillo que recopile información acerca de la importancia de la fractura de cadera, diferentes tipos de fracturas y técnicas de cirugía y anestesia, posibles complicaciones médicas y quirúrgicas, tiempo desde la intervención hasta el inicio de la rehabilitación, ejercicios a realizar durante el ingreso, duración del ingreso, limitaciones tras el alta, etc. La información irá dirigida a los pacientes/familiares/cuidadores atendidos en la unidad de ortogeriatría, es decir, aquellos que causen estancia en la misma por haber presentado una fractura de cadera.

MÉTODO

Análisis de la encuesta realizada durante el año 2018. Desarrollo de los diferentes temas por parte de los integrantes del equipo, según su especialidad. Se realizará una reunión de presentación, una por cada materia analizada y una final. Una vez terminado el cuadernillo se realizará una sesión de presentación del documento al servicio de Geriatría, al de traumatología y a la Unidad de OrtoGeriatría.

INDICADORES

El proyecto debe estar acabado en febrero de 2020.

Se considerará alcanzado el estándar si se consigue haber ordenado y unificado todo el material a la espera de la obtención física del cuadernillo que será el límite superior y que ya no depende del grupo de trabajo.

DURACIÓN

- marzo 2019: Primera reunión (análisis de la situación)
- Marzo-Octubre: trabajo por subgrupos y reuniones con los mismos
- Noviembre: 2ª reunión de todo el equipo (puesta en común del trabajo en grupo)
- Enero/2020: Presentación del documento

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 - 2019/0716

1. TÍTULO

UTILIZACIÓN SEGURA DE QUINOLONAS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN CANOVAS PAREJA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REBOLLAR TORRES ELENA
ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN
LASALA HERNANDEZ ELISA
ALVAREZ GOMEZ ESTHER
FERRER MAHAVE MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Las quinolonas y fluorquinolonas (FQ) son antibióticos (AB) sintéticos utilizados en el tratamiento de un amplio espectro de infecciones bacterianas. Son un grupo de antimicrobianos cuyo uso se ha generalizado en los últimos años por su amplio espectro y cómoda posología, llegando en ocasiones a una sobreutilización. Las FQ presentan un aspecto negativo de seguridad: es el grupo terapéutico con mayor impacto ecológico, pues su uso se asocia a la selección de microorganismos resistentes. La FDA (Food and Drug Administration) ha publicado dos alertas que recomiendan restringir el uso de FQ. El Comité Europeo para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia (PRAC), ha evaluado el impacto de las reacciones adversas incapacitantes que afectan al sistema nervioso y musculoesquelético. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en su nota informativa 10/10/2018 remarca dichas recomendaciones. En Aragón, el informe CEMAE-IRASPROA del 27/11/2018 refleja su posicionamiento en el uso sistémico de FQ. Para que su preciado valor terapéutico no se vea comprometido por su impacto ecológico elevado, se debe preservar el uso de las FQ a infecciones de gravedad donde no existe otra alternativa terapéutica y no recurrir a ellas como tratamiento de primera línea.

Por ello nos planteamos en el Servicio de Geriatria del Hospital Nstra Sra de Gracia de Zaragoza realizar este Proyecto de Mejora de Calidad. Se realiza un estudio prospectivo descriptivo en los pacientes ingresados con patología infecciosa durante el año 2019.

OBJETIVOS DEL PROYECTO:

- Conocer la prevalencia de utilización de FQ en el Servicio de Geriatria.
- Evaluar si es adecuada la prescripción según los criterios de utilización establecidos.
- Registrar los efectos secundarios de las FQ.
- Difundir los resultados y, si procede, establecer estrategias de mejora para la prescripción adecuada de FQ.

POBLACION DIANA: Pacientes ingresados en el Servicio de Geriatria con prescripción de FQ.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS:

Se estudiaron a todos los pacientes ingresados en el Servicio de Geriatria del hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza con patología infecciosa y a los que se prescribió algún AB, a los largo de 10 meses, desde marzo a diciembre de 2019. Fueron 637 pacientes (475 en la Unidad de geriatría y 162 en la Unidad de ortogeriatría) y en 108 se utilizaron FQ (89 y 19 respectivamente), lo que representó un 16,9 %.

De los pacientes en los que se prescribió FQ, el 68% fueron mujeres y 32% hombres con una edad media de 87 años (DE 5,8). El 79% llevó levofloxacin y el 21% ciprofloxacino. No se utilizó moxifloxacino. Un 64% tuvieron infecciones respiratorias, un 16% urinarias, 14% dérmicas, 5% abdominales y 1% osteoarticular. Un 68% fueron infecciones consideradas no graves. El número de días medio de prescripción fue de 7 días. En un 33% de los pacientes había un registro de antecedente de alergia/intolerancia a beta lactámicos (BL) y en un 77% se consideró podía haber alguna alternativa al uso de FQ. En un 68% de los pacientes, el AB se inició en el hospital, en un 31% previamente en el S. de urgencias, y en un 4% en su domicilio o residencia habitual. En un 60% de los pacientes se recogieron muestras para cultivo (30% hemocultivo, 20% urocultivo, 15% dérmico y 10% esputo). En un 25% se modificó el AB tras resultado de cultivo y en un 62% se hizo terapia secuencial a vía oral.

Los pacientes de edad avanzada o con riesgo de aneurisma (antecedentes de aterosclerosis, hipertensión arterial, arteritis de células gigantes...), son factores de riesgo para presentar aneurisma y disección de aorta asociado al uso de FQ. Los pacientes con disfunción hepática o renal y otros factores arritmogénicos, son factores de riesgo para el desarrollo de arritmias. Un paciente que tomó FQ tenía antecedente de Aneurisma de aorta y otro de Arteritis de células gigantes. Un alto porcentaje de pacientes tenían antecedentes de aterosclerosis (con ictus, cardiopatía isquémica...) en un 65% y de arritmias cardíacas previas (fibrilación auricular) en un 35% que si bien no contraindica su utilización, sí que puede predisponer a la aparición de reacciones adversas.

Un 79% de los pacientes no tuvieron efectos secundarios asociado al uso de FQ. Algunos pacientes tuvieron algunos síntomas leves que puede ser atribuido a su uso: 7,8% tuvieron alteraciones digestivas (2,2% dolor abdominal, 5,6% diarrea), 2,2% una erupción exantemática leve y un 4,5% hiperglucemias. Se han descrito alteraciones glucémicas poco frecuentes en pacientes diabéticos con insuficiencia renal asociados al uso de FQ. Los pacientes de edad avanzada o con el uso concomitante de corticoides presentar mayor riesgo de sufrir lesiones tendinosas, pero en nuestro estudio, ninguno presentó alteraciones musculoesqueléticas incapacitantes a corto plazo. Respecto a las posibles alteraciones del sistema nervioso central, un 8% de los pacientes tuvo delirium. Ningún paciente presentó convulsione. Se consideró por tanto una prescripción segura en un elevado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0716

1. TÍTULO

UTILIZACIÓN SEGURA DE QUINOLONAS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

porcentaje de los casos, pero ¿Sabemos si fue una Prescripción adecuada?

INDICADORES Y EVALUACION

-Número de pacientes con prescripción de FQ/pacientes con prescripciones de antibióticos=108/637x100= 16,9%.
-Número de pacientes con efectos secundarios a FQ/pacientes con prescripción de FQ=23/108x100=21%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La utilización de FQ representa un bajo porcentaje respecto del total de AB utilizados en el servicio de geriatría en el año 2019. Sin embargo, los resultados indican que queda un amplio margen de mejora en la prescripción de FQ en nuestros pacientes. Estos ABs se utilizan más en pacientes con infecciones respiratorias y con antecedentes de alergia a BL. Las indicaciones bien definidas en el uso de FQ en tratamiento empírico, son infecciones respiratorias con bronquiectasias o con sospecha de aparición de Pseudomona, y en diarrea de origen bacteriano. No se utilizan en nuestro medio en general en infecciones de orina. Un bajo porcentaje de sensibilidad a quinolonas, desaconsejan su utilización en el tratamiento empírico de infecciones por E coli y en general para infecciones urinarias. En un 60% de los pacientes se dispone de estudio microbiológico con menor prevalencia de cultivo de esputo. En un tercio de los pacientes se inicia la prescripción en el Servicio de Urgencias que puede predisponer a su continuidad durante la hospitalización. En un alto porcentaje de pacientes se realiza terapia secuencial a vía oral por su elevada biodisponibilidad. Son ABs bien tolerados en general aunque en nuestros pacientes con elevada comorbilidad y polimedicación, es difícil atribuir algunos efectos secundarios sospechados al uso del FQ. En general creemos que existen en algunos casos alternativas terapéuticas en pacientes con infecciones no graves y en ausencia de alergia a antibióticos BL. Es preciso insistir en el abordaje de los pacientes con antecedentes de alergia a BL pues en un elevado porcentaje de ellos no están bien documentadas.

La resistencia a los AB es un grave problema de salud pública, siendo el consumo de AB un factor clave en el desarrollo y propagación de las mismas. Por ello se aconseja limitar el uso de FQ a aquellos casos de infecciones graves donde no haya otras alternativas terapéuticas. Se darán difusión de los resultados obtenidos en sesión clínica en el Servicio de geriatría y en sesión en grupo PROA de nuestro hospital en marzo de 2020. Creemos que la difusión y utilización de la Guía antibiótica del HNSG recientemente publicada en el año 2020 facilitará la mejora en la prescripción en nuestro medio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/716 ===== ***

Nº de registro: 0716

Título
UTILIZACION SEGURA DE QUINOLONAS EN UN SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
CANOVAS PAREJA CARMEN, REBOLLAR TORRES ELENA, ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN, ALVAREZ GOMEZ ESTHER, LASALA HERNANDEZ ELISA, FERRER MAHAVE MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Objetivos Grupo PROA GERIATRIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las quinolonas y fluorquinolonas (FQ) son antibióticos sintéticos utilizados en el tratamiento de un amplio espectro de infecciones bacterianas. Actúan sobre el ADN de la célula bacteriana y tienen una buena absorción y biodisponibilidad oral, con la ventaja de su utilización en terapia secuencial. Son un grupo de antimicrobianos cuyo uso se ha generalizado en los últimos años por su amplio espectro y cómoda posología, llegando en ocasiones a una sobreutilización. Las FQ presentan un aspecto negativo de seguridad: es el grupo terapéutico con mayor impacto ecológico, pues su uso se asocia a la selección de microorganismos resistentes. Su utilización favorece las infecciones por SARM, E.coli productor de betalactamasas de espectro extendido y C.difficile. Además, las cifras de resistencias de E.coli a ciprofloxacino supera un 30% en nuestro país.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0716

1. TÍTULO

UTILIZACIÓN SEGURA DE QUINOLONAS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

Las FQ presentan efectos adversos como síndrome confusional, arritmias cardiacas graves, especialmente en ancianos o cardiopatas, alteraciones metabólicas (hiper o hipoglucemia), aneurisma/disección de aorta, desprendimiento de retina; además, se asocian a patología del tejido conectivo como tendinopatía (incluida rotura tendinosa). La FDA (Food and Drug Administration) ha publicado dos alertas que recomiendan restringir el uso de FQ. El Comité Europeo para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia (PRAC), ha evaluado el impacto de las reacciones adversas incapacitantes que afectan al sistema nervioso y musculoesquelético. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en su nota informativa 10/10/2018 remarca dichas recomendaciones. En Aragón, el informe CEMAE-IRASPROA del 27/11/2018 refleja su posicionamiento en el uso sistémico de FQ. Para que su preciado valor terapéutico no se vea comprometido por su impacto ecológico elevado, se debe preservar el uso de las FQ a infecciones de gravedad donde no existe otra alternativa terapéutica y no recurrir a ellas como tratamiento de primera línea.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer la prevalencia de utilización de FQ en el Servicio de Geriatria.
- Evaluar si es adecuada la prescripción según los criterios de utilización establecidos.
- Registrar los efectos secundarios de las FQ.
- Difundir los resultados y, si procede, establecer estrategias de mejora para la prescripción adecuada de FQ.

MÉTODO

POBLACION DIANA

Pacientes ingresados en el Servicio de Geriatria con prescripción de FQ.

ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS

Se detectará a los pacientes ingresados con FQ prescritas durante el período de marzo a junio de 2019. Se anotará si la prescripción es previa al ingreso o si se inicia en Urgencias o durante el ingreso. Se evaluará si se trata de un proceso grave para el cual no hay otra opción terapéutica según recomendaciones de expertos. Se anotará el tipo de infección, días de prescripción y posibles alergias a otros antibióticos. Se registrarán efectos secundarios derivados de su utilización.

Tras la evaluación y difusión de los resultados obtenidos, se elaborará y difundirá un "check list" que sirva de apoyo para la prescripción adecuada y segura de FQ.

INDICADORES

- Número de pacientes con prescripción de FQ/pacientes con prescripciones de antibióticos.
- Número de pacientes con prescripción de FQ y alergia a beta-lactámicos/pacientes con prescripción de FQ.
- Número de pacientes con efectos secundarios a FQ/pacientes con prescripción de FQ.
- Número de pacientes con prescripción adecuada y segura/pacientes con prescripción de FQ.

DURACIÓN

- Estudio prospectivo marzo-junio 2019: detección durante 4 meses de pacientes en tratamiento con FQ. Registro y estudio de las variables planteadas.
- Difusión de resultados al Servicio de Geriatria en septiembre 2019
- Elaboración de una guía recomendaciones de prescripción de FQ: check list.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0750

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UNA HOJA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES AL PACIENTE TRANSFUNDIDO EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA ANDRES GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARQUINA IBAÑEZ ELENA
VELA MARTIN DE LA MOTA IRENE ISABEL
PEREZ MONLAT EDUINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han desarrollado 5 reuniones a lo largo del año para iniciar y desarrollar el proyecto, de las cuales se han elaborado actas sobre los temas a tratar.

Hemos propuesto la creación de una hoja piloto de registro de constantes la cual consta de una serie de 4 tablas idénticas, en cada una hay un espacio para escribir el código de la bolsa, y espacio para registrar las constantes básicas a monitorizar durante una transfusión: tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura corporal. Se ha dejado un espacio libre para poder registrar otro valor de interés como la frecuencia respiratoria o la saturación de oxígeno. Estas constantes tienen 3 valores en la tabla, las previas a la transfusión, las tomadas a los 15 minutos que es el período ventana donde surgen la mayoría de reacciones adversas transfusionales, y al finalizar la transfusión. Estos tiempos de registro son los recomendados por la Guía de uso de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea (SETS) en su quinta edición. Hay un espacio superior a cada tabla para registrar la fecha, y uno inferior para el nombre del enfermero/a responsable.

En nuestra unidad por el tipo de paciente anciano y frágil, esta vigilancia ha de ser muy estrecha y este registro es una manera de tener una constancia escrita de que hemos vigilado al paciente.

Se dio una charla informal inicial y se difundió a través de la aplicación de whatsapp al grupo de enfermería de nuestra unidad la existencia de la hoja de registro, que estaría junto a la hoja de verificación transfusional, la forma de rellenarla y donde guardarlas para su posterior registro y archivo. Posteriormente se ha vuelto a dar información individual a los enfermeros/as de incorporación estival y a los venidos con los traslados u otros motivos.

Los componentes del equipo hemos creado una hoja Excel en el ordenador de la unidad para registrar todas las hojas que han sido rellenadas por los enfermeros/as que han realizado transfusiones a los pacientes.

Debido a la idiosincrasia de nuestra unidad de Geriatria A, con unión de plantilla y pacientes tanto en verano como en navidad con la unidad de Orto geriatria, donde se transfunde estadísticamente más por el tipo de paciente, ha habido dificultad en poder llevar a cabo el proyecto esos períodos ya que lo cual nos ha llevado a un registro manual del albarán 2019 de transfusiones que guardan en el laboratorio, discriminando por el número de habitación y el servicio que consta en la pegatina del paciente, aquellas transfusiones pertenecientes a nuestra unidad de Geriatria A. Este sesgo muestral no pudo evitarse en la fase de diseño del proyecto ya que nuestra unidad vecina de Orto no estaba interesada en ese momento en participar en el proyecto tras hablar con su supervisora, por lo cual no se informó del proyecto a su personal y en verano y navidad no consideramos que tuvieran que rellenar la hoja de constantes aunque físicamente compartieran unidad con la nuestra.

Una vez terminado el período a valorar (de mayo a diciembre de 2019) se han entregado encuestas a nuestros compañeros/as enfermeros/as para valorar el grado de manejo y utilidad percibida con respecto al uso de la hoja de registro de constantes transfusionales.

Así mismo, tras finalizar el año 2019, se ha llevado a cabo una enumeración de pacientes transfundidos mediante la revisión del albarán de laboratorio, con los inconvenientes citados anteriormente por la unión de pacientes de Orto geriatria, no incluidos en el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por una parte se ha valorado el grado de cumplimiento en la realización del registro, y por otra, el grado de conocimiento/satisfacción mediante una encuesta pasada al personal de enfermería.

En el Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia se han transfundido un total de 463 unidades de productos sanguíneos, de los cuales 447 han sido hematíes. Durante el período implementado de junio a diciembre se reportan 265 unidades de hematíes transfundidos en el conjunto del hospital, de los cuales un 18% corresponden a Geriatria A.

En este período piloto, se han transfundido a 32 pacientes, de los cuales tenemos archivados 23 hojas de registro lo que hace un cumplimiento del 71,8%, siendo este porcentaje inferior al límite del 80% que se estableció como mínimo para considerar correctamente implementada esta actividad en el servicio.

Respecto a la encuesta de satisfacción para el personal de enfermería respecto al manejo de la hoja de registro de constantes en transfusión, se han rellenado un total de 18 encuestas. Se decidió excluir a las últimas incorporaciones de los traslados que vinieron a finales de año por no haber tiempo de exposición suficiente al proyecto.

Ante la primera pregunta si conoce la existencia de la hoja de registro, 17 contestan que sí.

Respecto a si ha sido informado/a de su utilización, 17 contestan sí. Se pide valorar del 1 al 5 si la información sobre su uso ha sido suficiente y adecuada, un 65% lo valora con 5, y un 17,5% lo valora con un 3 y con un 2 respectivamente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0750

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UNA HOJA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES AL PACIENTE TRANSFUNDIDO EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

15 personas afirman haber utilizado la hoja en alguna ocasión, 2 no y 1 no contesta. Entre ellas, el 56% valora que ha supuesto una sobrecarga significativa en la realización de su trabajo habitual.

Sobre la pregunta de si conocen los protocolos de manejo y administración de hemoderivados del hospital, 14 contestan que sí.

Ante la cuestión de si les parece útil la incorporación como documento oficial este registro de constantes transfusionales, el 72,2% del personal encuestado afirma que sí.

Se ha preguntado, valorando en escala Likert de 1 al 5 siendo 1 nada de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo, en caso de haber utilizado la hoja de registro, si el personal ha percibido que ha aumentado su seguridad con el manejo del paciente mientras le transfunde al poder controlar sus constantes vitales en los períodos estipulados por la SETS. Un 22% de personal encuestado asigna un 5 y un 4, un 11% un 3 y un 2, y un 17% un 1. 3 personas lo han dejado en blanco. Se interpreta que más de un 50% si percibe que se ha sentido más seguro mediante el registro escrito de las constantes vitales durante la transfusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo de este proyecto, inicialmente propuesto en la Comisión de Tranfusiones del HNSG, tenía como exponente el crear un registro propio de enfermería en el que se reforzara la seguridad en 2 vertientes. La primera, el paciente, que realmente sería monitorizado y justificado por escrito aumentando así la vigilancia de su estado de salud en el momento crítico de una transfusión. En el hospital en el último año se ha implementado el empleo de la tarjeta Serafol la cual verifica en última instancia la compatibilidad sanguínea del producto a transfundir, siendo esta comprobación reflejada por escrito en la hoja de verificación de transfusión. De este mismo modo, la monitorización de constantes durante la transfusión quedaría reflejada en la hoja de registro de constantes. Y la segunda, el personal de enfermería, tendría un documento escrito donde anotar durante cada unidad transfundida, el estado vital del paciente, y esto derivaría en una seguridad personal de que el paciente permanece estable y lo puede reflejar por escrito.

Por circunstancias propias (entre abril y mayo sólo se transfundió a un par de pacientes cuando aún era muy incipiente la implementación del proyecto) se comenzó a tener un registro formal en el mes de junio, lo que hace un período expositivo de 6 meses . De estos 6 meses, más de 2 hemos compartido planta con nuestra unidad vecina OrtoGeriatría y Cirugía, que tienen la unidad de cadera y pacientes propios de geriatría, pero con los que inicialmente no se contó para el proyecto por no aceptación en ese momento. Por este motivo, la cumplimentación (de un 71,8%) ha podido ser inferior al potencial total ya que aparte de la mezcla de pacientes también ha habido personal de enfermería que ha podido llevar pacientes ajenos, no cumplimentando la hoja porque no se le instruyó para hacerlo. La intención es volver a pedir a la supervisión de la unidad vecina, OrtoGeriatría, que vuelva a valorar la inclusión de la hoja de registro de constantes, ya que en su momento fue bien valorada pero circunstancialmente no se aceptó empezar a usarla. Esta unidad, que forma parte del servicio general de Geriatría, por las características del paciente, que tras intervenir de cadera es más probable que tenga que ser transfundido, haría que nuestra hoja de registro de constantes transfusionales fuera más ampliamente utilizada y se demostrara su utilidad en el control del paciente.

La valoración de la encuesta pasada a nuestro personal de enfermería, aunque denota una percepción de aumento de carga de trabajo la realización de la hoja de registro, es valorada positivamente por una mayoría del personal encuestado refiriendo que les parece útil que llegara a ser parte de historia clínica del paciente.

Llegados a este punto si nuestras supervisiones lo consideran, podría ser oportuno remitir este documento la Comisión Central de Historias y Documentación Clínica para valoración y consideración como paso previo a su aprobación.

7. OBSERVACIONES.

Hasta que se defina si en las 2 plantas de Geriatría (o sea si la planta vecina OrtoGeriatría se une al proyecto) se va a rellenar el registro de constantes, no se valora la continuidad del proyecto ya que surgen desencuentros en los períodos de unión de plantas, tanto si nuestro personal de planta Geriatría A rellena el registro a pacientes que son de cadera porque le tocan en el reparto de pacientes, como si el personal de Orto que le tocan en reparto pacientes de Geriatría A lo va a rellenar.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/750 ===== ***

Nº de registro: 0750

Título
ELABORACION DE UNA HOJA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES AL PACIENTE TRANSFUNDIDO EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
ANDRES GARCIA MARTA, MARQUINA IBAÑEZ ELENA, VELA MARTIN DE LA MOTA IRENE ISABEL, PEREZ MONLAT EDUINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0750

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UNA HOJA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES AL PACIENTE TRANSFUNDIDO EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: objetivos de calidad en los cuidados

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA PERTINENCIA

Tal y como recomienda la guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos en su quinta edición, las constantes vitales del paciente sometido a una transfusión sanguínea deben ser estrechamente vigiladas. Estas deben ser tomadas como mínimo antes de iniciarse la transfusión, cuando registraremos temperatura, pulso, tensión arterial y, opcionalmente, frecuencia respiratoria. Transcurridos los primeros 15 minutos, sino existe una reacción ni modificación de dichas constantes, el paciente debe ser observado de forma intermitente hasta finalizar la transfusión, cuando se volverán a tomar las constantes. Los controles deberán ser más estrictos en pacientes de edad avanzada o con compromiso cardiovascular, en los que existirá monitorización más estrecha.

Todo esto nos lleva a concluir que es necesario un registro escrito de las actividades que realizamos durante el procedimiento de la transfusión, y la conveniencia de que exista un lugar especial en la historia del paciente donde pueda quedar reflejado de forma fácilmente accesible. Este lugar es una hoja de registro transfusional de enfermería, donde quedará constancia de la vigilancia especial que se recomienda en este procedimiento tan delicado como es la administración de sangre y/o demás componentes sanguíneos.

ANALISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

En el HNSG se ha implantado el procedimiento de comprobación de grupo sanguíneo en cabecera de paciente como parte de la mejora en la seguridad del paciente. Es un punto crítico en la seguridad del proceso transfusional y se ha ganado en mejora de la calidad de los cuidados.

Es necesario para completar la meta de seguridad en este proceso el uso de una hoja de registro de constantes donde se pueda adjuntar la pegatina de cada bolsa de sangre o producto sanguíneo, fechado y rubricado por la enfermera, y poder registrar por medio de una tabla las constantes de paciente durante la transfusión.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar y garantizar la continuidad de los cuidados en la atención enfermera en el acto transfusional del paciente
- Elaborar e implementar en la unidad de Geriatria del HNSG una hoja de registro vigilancia de constantes vitales manejada por enfermería

Los resultados esperables son una mejora de la seguridad del paciente ya que va a quedar plasmado por escrito de una forma muy concreta la vigilancia que el profesional de enfermería ha llevado a cabo durante el acto transfusional.

También hay una mejora de la calidad de los cuidados enfermeros al poder registrar en un lugar concreto con unos ítems estandarizados, la vigilancia de las constantes que de otra forma queda difusa en la hoja evolutiva del paciente.

POBLACION DIANA

Población con necesidad de ser transfundida en el Hospital Nuestra Señora de Gracia

MÉTODO

- Elaboración del documento: hoja de registro de vigilancia de constantes vitales en paciente transfundido.
- Todos los registros, consentimiento informado, informe de control transfusional y hoja de verificación, formarán parte del proceso transfusional y se guardarán juntas dentro la historia clínica del paciente para facilitar una posterior revisión.
- Informar al personal de la unidad de la forma correcta de rellenar la hoja de registro y de adjuntarla a la historia de enfermería mientras dure el ingreso, y posteriormente graparla al resto de documentación relacionada con la/s transfusión/es que se hayan llevado a cabo durante el ingreso actual.
- Número de reuniones anuales: 5
- Recursos materiales: ordenador, papel e impresora para elaboración de las hojas de registro. Termómetro, torre de constantes o fonendoscopio, esfigmomanómetro y pulsiómetro portátil.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0750

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UNA HOJA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES AL PACIENTE TRANSFUNDIDO EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes transfundidos con la hoja de registro de vigilancia de constantes correctamente registrada. Fuente de datos, revisión de historias clínicas, con un valor a alcanzar del cien por cien de casos con un límite inferior de un ochenta por ciento para considerarlo correctamente implementado.
- Grado de implicación y seguridad del personal respecto al acto transfusional, mediante encuesta de satisfacción al finalizar el año natural.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: abril 2018. Presentación de hoja de constantes. Implementación progresiva durante el siguiente mes.
En el ordenador del control de enfermería se creará una hoja de datos para apuntar a los pacientes que son transfundidos.
Revisando las historias de alta semanalmente, se cuantificará si consta la hoja de registro de constantes correctamente rellena.
Duración prevista : resto del año 2019. Durante vacaciones estivales los miembros de este equipo se encargarán de informar a personal eventual de este registro.
Fecha fin: enero 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 - 2019/0756

1. TÍTULO

CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA HNSG

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA FERRER MAHAVE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA MARTINEZ SILVIA
SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA
GIMENEZ CORREAS ESTRELLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En mayo de 2019, un grupo de profesionales que trabajamos en el Servicio de Geriatria del Hospital Nuestra Señora de Gracia decidimos formar un equipo de mejora para conocer el nivel de satisfacción de nuestros usuarios y familiares con los servicios y cuidados prestados en nuestra unidad, poder detectar los fallos respecto a la atención directa del usuario y proponer mejoras que impliquen un cambio real hacia él y su familia.

En la reunión realizada el día 15 de Abril de 2019, se realizó una revisión bibliográfica de artículos y trabajos realizados sobre Calidad Asistencial en unidades similares con pacientes geriátricos hospitalizados. Entre todos los miembros del equipo, se eligieron las preguntas que queríamos incluir en la encuesta de calidad asistencial y se decidió a qué pacientes serían entregadas. En un inicio, las encuestas se iban a entregar a los pacientes ingresados en la Unidad de Geriatria (o familiares/cuidadores en caso de que el paciente no esté en condiciones de rellenar la encuesta) que fueran dados de alta del hospital por mejoría sin incluir los exitus en el estudio. Finalmente, se decide incluir los exitus en el proyecto. Los pacientes en cuidados paliativos, en fase de agonía, se incluyen también en el estudio, se entregarán las encuestas a los familiares 2-3 días antes del fallecimiento y se registrarán en la gráfica de enfermería con una pegatina todos aquellos pacientes a los que les fuera entregada la encuesta.

Una vez realizada la encuesta, se hizo una reunión para dar a conocer el proyecto de mejora con la jefa de Servicio de Geriatria y con la Dirección de Enfermería del HNSG.

En la reunión del 3 de Junio de 2019, se habló con la supervisora de la Unidad de Geriatria para colocar un buzón en el control de Enfermería para recoger las encuestas entregadas a los pacientes y una carpeta de archivos en el armario del control de enfermería para recoger las encuestas del buzón y guardarlas.

Se decide que el personal de Enfermería sería el encargado de entregar las encuestas de calidad junto con el alta hospitalaria y explicar a los familiares dónde tienen el buzón para la recogida de las encuestas. El personal TCAE ayudaría con la recogida de encuestas en caso de que los familiares no supieran dónde tienen que entregarlas.

Se realiza una tabla Excel para que los miembros del grupo de Calidad recojamos los datos de las encuestas de Calidad rellenas por los pacientes.

Se propone una reunión el día 12 de Junio de 2019 para todo el personal de la Unidad de Geriatria para informar sobre el Proyecto de Calidad y explicar lo que se va a hacer. Se habla con la supervisora para colocar un cartel informativo en la planta sobre la hora y el lugar de la reunión.

La reunión se realizó en la sala de personal de Geriatria, la asistencia fue de 17 personas a las cuales se les explicó el proyecto de calidad y se les entregó impreso el power point de la reunión. Para el personal que no pudo asistir, se dejó impreso dicho documento informativo en el control de Enfermería y se le entregó otro documento a la supervisora de la unidad de Geriatria.

Se inicia la entrega de encuestas el día 13 de Junio de 2019 y se establece como fecha límite para recogida de encuestas el día 15 de Enero de 2020.

El día 19 de Noviembre de 2019 se realiza una reunión con todos los miembros del equipo para evaluar la recogida de las encuestas, valorar si han sido asumidas las tareas de entrega y recogida de encuestas por parte del personal de la Unidad de Geriatria y revisar la tabla de Excel para la recogida de datos.

Se pone fin a la recogida de encuestas para el proyecto de investigación el día 15 de Enero, se dividen las encuestas recogidas entre los miembros del equipo y se pasan todos los datos a la tabla Excel.

El día 25 de Enero de 2020, se realiza una última reunión, entre todos los miembros del equipo se evalúan los resultados obtenidos y se realiza la Memoria del Proyecto de Mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Analizando los datos obtenidos hasta el momento podemos destacar varios puntos.

Las encuestas recogidas desde el 15 de julio del 2019 al 15 de enero del 2020, han sido un total de 272.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0756

1. TÍTULO

CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA HNSG

Comenzamos en el mes de Julio con sólo un 21.15% de recogida de encuestas entre las altas en la unidad, terminando el año con un 64.22%, lo que nos indica un aumento en la participación del personal en la entrega, que era un punto a mejorar por parte del grupo.

Participaron en total 272 pacientes y/o sus familiares, de los cuales 182 eran mujeres y 83 hombres, en 6 encuestas estos datos no fueron rellenados. Pertenecientes principalmente al sector I Zaragoza, la mayoría derivados del Hospital Royo Villanova.

El 91.18% de las encuestas han sido rellenadas por familiares, el 7.72 por pacientes y solo un 1.10% se dejaron en blanco, lo que nos da como resultado un nivel de participación alto. La recomendación del servicio de Geriatria obtiene un 94.85%, siendo 2.94% negativo y un nivel de satisfacción del 87.33%. Se observarán los datos menos favorables para evaluarlos y hacer hincapié en ellos para realizar un plan de mejora en el servicio de Geriatria.

El 55,51% de nuestros pacientes y sus familias se sienten muy satisfechos con el trato y atención profesional recibida y un 31, 62% bastante satisfechos frente al 2,21% que lo está poco, por lo que podemos concluir que nuestro servicio ofrece una buena atención integral en general al paciente. 258 personas recomendarían nuestro servicio hospitalario, un 94,85%

Observando los datos referentes a la atención médica, lo que mejor se valora es el respeto a la intimidad del paciente con una puntuación de 4,52, seguido del trato del personal médico con una puntuación de 4,49. La puntuación más baja se ha centrado en el tiempo de espera para ser atendido por el personal médico 4,35 respecto a 5.

La valoración mejor puntuada para el personal de enfermería ha sido la amabilidad y el respeto con una puntuación global de 4,64 respecto a 5, seguida de la puntuación sobre la confianza y seguridad que transmite a nuestros pacientes con una puntuación de 4.58. La puntuación más baja es el tiempo de espera para ser atendido por el personal enfermería con una puntuación de 4,43.

Lo mejor valorado respecto al personal TCAE es el respeto a su intimidad con una valoración de 4,44, seguido de la amabilidad y el respeto con que le trató dicho personal que obtiene una puntuación de 4,42. La puntuación más baja es respecto a la oportunidad de consultar al personal TCAE las dudas que tenía acerca de los cuidados que le ofrecieron y la información que le dio dicho personal con una puntuación las dos de 4,32 respecto a 5 la más alta.

El personal celador obtiene una media sobre su atención al paciente en nuestra planta de 5,52 respecto a 5.

Valorando la comida, los pacientes refieren que es la cantidad con un 4,28 lo mejor valorado y la temperatura con un 4,14 lo que peor. Podemos decir que la iluminación de la habitación obtiene 4,56 respecto a silencio/descanso que ha obtenido una puntuación de 4,32 respecto a 5. En lo referente a Lencería: pijamas / toallas / sábanas, la puntuación obtenida ha sido de 4,20. La facilidad para identificar a los profesionales es de 4,18 y la entrada/permanencia de las visitas 4,30 respecto a 5 todas ellas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración general obtenida sobre la calidad asistencial percibida por los pacientes ingresados en el Servicio de Geriatria del HNSG ha sido bastante positiva.

Los datos obtenidos en el estudio se darán a conocer a la Dirección del Hospital de Nuestra Señora de Gracia, al jefe de servicio, a la supervisora y a todo el personal de Geriatria para mejorar nuestra calidad asistencial desde los puntos más vulnerables que hemos apreciado en los resultados, así como intentar seguir mejorando la entrega de encuestas por parte de todos.

La recogida de las encuestas ha sido durante seis meses y dicha información será utilizada como base para un estudio piloto que debe ser ampliado a otros seis meses para realizar un estudio más indicativo y fiable de los datos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/756 ===== ***

Nº de registro: 0756

Título
CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA HNSG

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0756

1. TÍTULO

CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA HNSG

FERRER MAHAVE MARTA, SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA, GRACIA MARTINEZ SILVIA, GIMENEZ CORREAS ESTRELLA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Cualquier atención sanitaria es un proceso complejo que engloba la participación de muchos profesionales. Por ese motivo, el resultado de la misma, desde la perspectiva del paciente y sus familiares, es importante para detectar posibles fallos que podamos modificar en mejoras de calidad hacia el usuario.

La calidad asistencial es una disciplina que ha adquirido una enorme relevancia en la atención sanitaria actual. La satisfacción de los usuarios se constituye como uno de los componentes más importantes a la hora de medir la calidad de los servicios prestados.

No podemos decir que damos una atención de calidad si no medimos resultados, por ello, con este proyecto, queremos proponer herramientas que nos ayuden a identificar como vive el paciente nuestras actuaciones, como son percibidas por él y su familia. Identificar las acciones positivas como las no satisfactorias y así posteriormente poder actuar sobre ellas para mejorarlas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer el nivel de satisfacción de nuestros usuarios y familiares con los servicios y cuidados prestados en la unidad de Geriatria.
- Detectar los fallos respecto a la atención directa del usuario, para proponer mejoras que impliquen un cambio real hacia él y su familia. (Investigación- Acción)

MÉTODO

1. Realizar un estudio observacional, descriptivo transversal.
2. Buscar o crear una encuesta de satisfacción para que sea cumplimentada al alta del paciente, bien por él o su familia (en el caso que el paciente no sea capaz de contestar a la encuesta). Tendrá las siguientes dimensiones:
 - Eficacia
 - Trato
 - Información-comunicación
 - Hostelería y confort
3. Presentación del proyecto de calidad percibida y formación inicial sobre esta calidad asistencial, a todos los empleados de la unidad de Geriatria.
4. Presentación de resultados a medio y largo plazo del proyecto.

INDICADORES

Para poder realizar una valoración de los resultados, haremos una mediación estadística entre las variables aportadas en las encuestas recogidas a lo largo de todo este año en nuestra unidad de geriatría. Visión comparativa y global.

DURACIÓN

Desde marzo del 2019 a febrero 2020 se trabajará de forma intensiva en medir la atención asistencial en nuestra Unidad de Geriatria e intentar corregir las limitaciones detectadas.

Para ello el equipo que trabaja con las variables de las encuestas, realizará formación al resto del personal y mantendrá diferentes reuniones marcadas en el cronograma de actividades, realizando una evaluación de impacto a los seis meses y al finalizar el proyecto.

Cronograma de actividades:

- Reuniones Equipo: Marzo, Abril, Mayo, Julio, Septiembre y Noviembre 2019, Enero 2020.
- Formación Personal: Abril, Mayo, Octubre 2019 y Febrero 2020.
- Evaluación: Septiembre 2019 y Febrero 2020.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0756

1. TÍTULO

CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA HNSG

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 - 2019/0351

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES EN PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN EL SECTOR I

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ESTHER FRANCO GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ LOPEZ MARIA DEL CARMEN
PEREZ LAYO ANGELES
ARBIOL LATORRE ROSA MARIA
LOZANO ENGUITA ELOISA
CALVO TRULLEN NURIA
LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS
LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Aunque se estimaron para la valoración del proyecto 50 pacientes adscritos al programa de autocontrol (ATAO), se incluyeron finalmente 56, controlados todos ellos en la consulta de hematología del HNSGZ. Se diseñó una intervención individualizada para la reeducación en el procedimiento de Autocontrol de aquellos pacientes con baja adherencia terapéutica o que no modificaban la cumplimentación del procedimiento de Autocontrol, respecto a la información impartida durante el curso de formación para entrar en autocontrol. Nuestra intervención tuvo lugar en la consulta de enfermería del HNSGZ y fue realizada por una enfermera con formación específica en ATAO. Esta reeducación sanitaria (intervención) tiene una duración de unos 20 min, en los que se revisan los aspectos detectados como no adecuados en el check-list de cada paciente seleccionado como pueden ser: cumplimentación del tratamiento, dieta, modificación de fármacos asociados, incidencias clínicas, variabilidad en el cambio de nivel...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Calendario previsto: si se ha cumplido

Indicadores: si se han cumplido

Elaboración del documento (check-list) de valoración de la situación: número de documentos elaborados / 1 documento propuesto / objetivo = 1. RESULTADO: 1 check-list elaborado/ 1 documento = 1 (cumplido)

Pacientes valorados con el check-list: número pacientes valorados con check-list / 50 pacientes propuestos; objetivo > 0,80 (por error tipográfico en la redacción original del proyecto, donde pone "=" debería de poner ">"; objetivo >0,80). RESULTADO: 56 pacientes valorados / 50 pacientes propuestos = 1,12 (>0,80) (cumplido)

Número de intervenciones diseñadas: número intervenciones desarrolladas/ 1 intervención propuesta; objetivo= 1.

RESULTADO: 1 intervención diseñada (reeducación en procedimiento de Autocontrol, impartida por enfermería / 1 intervención diseñada = 1 (cumplido)

Detección de áreas de mejora:

Con la valoración del check-list, se han detectado diversas situaciones, que han propiciado mejoras:

- En ocasiones, se efectuó una segunda reeducación sanitaria: en 2 pacientes (marzo a diciembre 2019) se precisaron 2 reeducaciones.
- Modificación, si procede, del modelo de control de su TAO: en pacientes con FA e INR inestable, incluso con Autocontrol, se valora el paso de antivitaminas K a anticoagulantes de acción directa.
- En los pacientes que se detecta consumen parafarmacia/homeopatía: se les recomienda evitarla.
- En pacientes con olvido de dosis, se le aconseja e informa de la posibilidad de utilizar de sistemas de alerta para tomar el tratamiento (aplicaciones informáticas o de móvil, alarmas sonoras, pastilleros..)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se precisa seguimiento de los pacientes en programa de Autocontrol. El diseño del check-list nos ha permitido detectar pacientes que se benefician de la reeducación sanitaria en Autocontrol, con el fin de evitar hábitos erróneos, evitar excesiva confianza y banalización del proceso. Esta intervención (reeducación) nos parece efectiva. El uso del check-list ha contribuido también a detectar áreas de mejorar para nuestros pacientes en seguimiento con Autocontrol.

7. OBSERVACIONES.

Valoramos la reeducación sanitaria como efectiva, implementándose en la rutina de nuestro programa ATAO cuando así lo estime el equipo.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/351 ===== ***

Nº de registro: 0351

Título

VERIFICACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES EN PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0351

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES EN PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN EL SECTOR I

EL SECTOR I

Autores:

FRANCO GARCIA MARIA ESTHER, LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN, PEREZ LAYO ANGELES, ARBIOL LATORRE ROSA MARIA, LOZANO ENGUITA ELOISA, CALVO TRULLEN NURIA, LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS, LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología ...: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Seguridad clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

El tratamiento farmacológico es una herramienta terapéutica fundamental en los pacientes crónicos. Es conocido que el uso de terapias orales diarias a largo plazo se asocia a una disminución de la adhesión y, secundariamente, a resultados subóptimos de salud, peor calidad de vida y aumento de los costes de salud (incremento de episodios clínicos)^{1,2}

Los pacientes en tratamiento crónico con anticoagulantes del tipo antivitamina-K adscritos al programa de autocontrol del tratamiento anticoagulante oral (ATAO) precisan de supervisión y seguimiento para asegurar la persistencia terapéutica, así como de seguimiento clínico, de evaluación del manejo y funcionamiento del coagulómetro y de resolución de incidencias sobrevenidas. Este seguimiento lo realizamos desde la Unidad de Autocontrol del SECTOR I, a través de las revisiones programadas y del teléfono de contacto disponible para nuestros pacientes para solventar incidencias.

Conocer los aspectos y factores de la falta de adherencia en nuestros pacientes, ayudará a prevenir futuras complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal: Reforzar la persistencia terapéutica al tratamiento.

Objetivos Específicos:

Mejorar la calidad de vida del paciente.

Reducir las complicaciones (trombosis/hemorragias).

Disminuir las visitas hospitalarias.

Mejorar la funcionalidad del paciente.

MÉTODO

Se realizará un estudio descriptivo y prospectivo sobre los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales clásicos incluidos en el Programa de ATAO de la Unidad de Autocontrol del SECTOR I (ubicada en HNSGZ) y de CS adscritos (CS Actur Norte).

A través de un check-list (elaborado al inicio del proyecto), se evaluará el conocimiento/desconocimiento del paciente sobre diversos aspectos relacionados con su enfermedad y tratamiento, para detectar posibles prácticas inadecuadas (se propone esta valoración en 50 pacientes). Este conocimiento nos permitirá intervenir (se propone diseñar al menos 1 intervención para aplicar en las sucesivas consultas de ATAO) sobre los aspectos erróneos/incorrectos que puedan poner en riesgo el buen funcionamiento del tratamiento, para optimizar la eficacia del ATAO tras nuestra intervención.

INDICADORES

Indicadores:

- Elaboración del documento (check-list) de valoración de la situación:

Nº documentos elaborados / 1 documento propuesto; objetivo = 1

- Pacientes valorados con el check-list:

Nº pacientes valorados con check-list / 50 pacientes propuestos; objetivo = 0,80

- Intervenciones diseñadas:

Nº intervenciones diseñadas / 1 intervención propuesta; objetivo =1

DURACIÓN

La programación de las actividades tendrá inicio en Febrero de 2019 y concluirá en Diciembre de 2019, valorando su continuación según los resultados obtenidos. Inicialmente serán:

*Febrero 2019: Reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos formativos más relevantes para el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0351

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES EN PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN EL SECTOR I

check list (todos los miembros del equipo).

*Marzo-Diciembre 2019: Puesta en práctica de la actividad (todos los miembros del equipo).

*Enero 2020: Análisis/evaluación de los datos obtenidos y detección de áreas de mejora (todos los miembros del equipo).

*Enero 2020: Elaboración de la Memoria del Proyecto (todos los miembros del equipo).

OBSERVACIONES

BIBLIOGRAFÍA

1- Vermeire E, Hearnshaw H, Royen PV, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. J Clin Pharm Ther 2001; 26: 331- 42.

2- Leopold NA, Polansky M, Hurka MR. Drug adherence in Parkinson's disease. Mov Disord 2004; 19: 513-7

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 - 2019/0452

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACIÓN DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE RUTH NOEMI JORGE GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ VALERO FRANCISCO
SAEZ ESCOLANO PAULA
FERNANDEZ ABAD NURIA
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO
CANOVAS PAREJA CARMEN
MIÑANA AMADA CRISTINA
REBOLLAR TORRES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la constitución del Grupo de trabajo PROA Hospital (GT PROA) en junio del 2017, éste ha ido creciendo y consolidándose. Ha pasado además a representar a todo el hospital en materia de infecciones y se han creado subgrupos de trabajo para diseño y puesta en marcha de distintos proyectos futuros.

1) ACTIVIDADES DE AMPLIACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL GP-PROA:

En mayo del 2019, y siguiendo la normativa del SALUD en cuanto a regulación de Comisiones Clínicas y GT, se constituyó la Comisión de Infecciones, profilaxis y política antibiótica del Sector I (CIPPA) y el Organigrama IRASPROA Sectorial, quedando éste constituido por los GT-PROA-IRASPROA de Hospital Royo Villanova (HRV), Hospital Nuestra Señora de Gracia y Atención Primaria (AP) del Sector 1, las CIPPAS hospitalarias y la CIPPA Central. Con el fin de simplificar estructuras e incrementar la eficacia, y dado que la mayor parte de los miembros de nuestro GT formábamos parte de la CIPPA hospitalaria, en junio de 2019 se planteó y aprobó por la Dirección Médica del hospital la disolución de ésta y la ampliación del GT-PROA con el resto de los miembros de la CIPPA que se quisieran incorporar. El GT PROA representa ahora a todo el hospital en materia de infecciones y rendirá cuentas trimestrales a la CIPPA Central.

En la actualidad el GT-PROA está formado por 19 miembros. Están representados casi todos los Servicios hospitalarios, con inclusión de personal de enfermería, un técnico de laboratorio que desempeña actividades administrativas y un representante de la Dirección Médica.

2) ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROGRAMA:

>> Sesiones Generales hospitalarias para presentación de la actividad PROA y el mapa epidemiológico local. Periodicidad anual.
>> Sesión Clínica de UCI para presentación de la actividad del PROA-UCI con fines divulgativos y de feed-back. Periodicidad anual.
>> Presentación de los resultados de Implantación del PROA en Unidad de Geriátrica en los Congresos Nacional e Internacional 2019 de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.

3) ACTIVIDADES FORMATIVAS:

A-> Cursos de Formación Continuada PROA impartido por los miembros del GT con periodicidad trianual:
En 2018 se realizó un curso presencial de 14 jornadas sobre patología infecciosa y antibioterapia. Dirigido a médicos y enfermeras del Sector I y acreditado por la Unidad de Docencia del Sector.
B-> El GT continúa actualizándose en patología infecciosa:
>> Curso online PROA-Críticos liderado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias -SEMICYUC- y la Sociedad Española de Farmacia hospitalaria - SEFH-. Todavía en curso -iniciado en octubre 2018 y ampliado hasta 30 febrero de 2020-. Realizado por la coordinadora PROA.
>> Curso online de Experto en PROA 2020-21. Liderado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios e impartido por la Universidad Nacional de Estudios a Distancia. Preinscripción de la coordinadora PROA.
>> Curso ITU Zero 2019 de los Proyectos Tolerancia Zero. Liderado por la SEMICYUC y realizado por todos los integrantes del GT de UCI.
>> Jornadas de Actualización de patología infecciosa en personas mayores. Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Noviembre 2019. Asistencia de clínicos PROA de Geriátrica.

4) REPARTO DE ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES ENTRE LOS MIEMBROS DEL GT-PROA:

A-> Los clínicos PROA realizan auditorías por alertas (*) ad hoc y están disponibles para consultoría.
(* Alertas de bacteriemia, aislamiento de microorganismos multirresistentes (MMR), y prescripción de antibióticos de alto impacto durante más de 4 días en plantas de hospitalización convencional)
B-> La farmacéutica PROA realiza intervenciones en planta de Geriátrica para paso a terapia secuencial, tanto a través del programa de prescripción electrónica, como por vía directa cuando la situación lo requiere.
C-> Desde el Servicio de Microbiología, en colaboración con clínicos-PROA, se elabora el mapa epidemiológico local de microorganismos y susceptibilidad antibiótica.

5) OFERTA DE SERVICIOS:

A-> Mapa epidemiológico local
Incluye los síndromes y MO más frecuentes y sus patrones de susceptibilidad a antibióticos. Se elabora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0452

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACIÓN DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

anualmente y se presenta en Sesión General hospitalaria con fines de difusión y feed-back.

B-> Determinación de niveles de vancomicina:

Puesta en marcha de un circuito HNSG-Hospital Lozano Blesa en agosto del 2018 y con tiempos de respuesta operativos, en torno a 12h. Coordinado por la Farmacéutica PROA.

C-> Guía de antibioterapia

Aprobada por la CIPPA antes de su disolución. Se dispone de dos versiones: 1) una guía amplia, en la que se incluyen no solo recomendaciones de antibioterapia empírica, sino actualizaciones y protocolos de manejo integral de cada síndrome adecuadamente referenciados y avalados, y 2) una versión reducida, a modo solo de tablas de prescripción y que permitirá al clínico un manejo práctico más rápido. La versión amplia podrá consultarse tanto en formato papel como en digital. Por problemas técnicos y de personal ambas guías se han retrasado en su finalización. En la actualidad están pendientes de obtención del ISBN. En cuanto estén disponibles se presentarán en todos los Servicios y se les facilitará un ejemplar a papel de cada una. El formato digital, que podrá consultarse en "Z", también está a la espera de ser aprobado por la Dirección Médica para su inclusión en la página principal de la plataforma intranet del Sector. Se prevé que ambas estén operativas a finales del mes en curso.

D-> Intervenciones:

Se dispone de datos de actividad de dos años: 2018-19. El Servicio de Medicina Interna no cuenta con clínico PROA y, aunque intentamos cubrirlo desde UCI, este hecho dificulta las posibilidades de auditar y seguir a estos pacientes. Aún no ha sido posible incluir en el programa a las plantas de Cirugía y Ginecología por falta de tiempo material. Tampoco ha sido posible realizar auditorías aleatorias en plantas de hospitalización por el mismo motivo.

La farmacéutica PROA realiza intervenciones en la planta de Geriatria para paso a terapia secuencial. Estamos pendientes de poder ampliarlo a la planta de Medicina Interna.

E-> Consultoría:

El GT cuenta con 5 clínicos PROA que, además de las actividades habituales de intervención, están disponibles para consultoría.

F-> Formación:

Programa de Cursos de Formación continuada y actualización en infecciosas. Dirigido a médicos y enfermeras y con periodicidad trianual.

6) CREACIÓN DE SUBGRUPOS DE TRABAJO:

Aunque hasta el momento la mayor parte de la actividad PROA ha sido desempeñada desde los Servicios de UCI, Geriatria, Microbiología y Farmacia, el incremento del número de miembros tras disolución de la CIPPA ha permitido la reciente creación de subgrupos de trabajo para la realización de distintos proyectos durante el año en curso.

7) REUNIONES DEL GT MENSUALES:

Se siguen convocando los primeros miércoles de cada mes.

En ellas se presenta la actividad y resultados de las intervenciones en formato .ppt, se reevalúan los objetivos generales del programa y se intenta buscar soluciones a los obstáculos del sistema.

En estas reuniones también se aprovecha para plantear mejoras y para invitar a GT o Equipos Funcionales externos con aportaciones de interés en materia de infecciones. En mayo 2018 organizamos una Sesión General Hospitalaria en la que se invitó al Dr. Pérez Camo, alergólogo del HRV, con el fin de conocer los requerimientos necesarios para poner en marcha un programa de desensibilización de alergias a betalactámicos en pacientes de alto riesgo. Es un Proyecto de gran interés y aún pendiente de diseñar.

A partir del 2020 se incluirán en la agenda mensual los distintos proyectos por subgrupos/ Servicios, con el fin de que todos adquieran protagonismo y además se pongan en conocimiento de todo el equipo PROA.

8) MATERIAL ELABORADO:

<<) Mapa epidemiológico local.

>>) Guía de antibioterapia.

>>) Posters informativos del espectro antimicrobiano e indicaciones de los principales antibióticos prescritos en España, tanto en hospitalaria como en AP. Distribuidos por todos los Servicios y en alguna Consulta. La información contenida y estructurada en éstos ha sido facilitada por un grupo de farmacéuticos españoles expertos en infecciones, y la consideramos de gran ayuda para el clínico en la toma de decisiones sobre antibioterapia.

4)Memorias semestrales de actividad PROA presentadas en las reuniones del GT y una memoria anual que se aportará a la CIPPA de Sector cuando sea requerida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1) CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS GENERALES:

>> Consolidación del GT-PROA con ampliación de sus miembros.

>> Representación del hospital en materia de infecciones, profilaxis y política de antibióticos. --Creación de subgrupos de trabajo con proyectos propios.

>> Actividades de formación docente y discente.

>> Actividades de divulgación y feed back hospitalarias y en UCI.

>> Mapa epidemiológico local.

>> Guía de terapéutica antimicrobiana hospitalaria. Disponible por fin a finales de enero.

2) RESULTADOS Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Se ha incrementado la tasa de intervenciones en bacteriemia, aislamiento de microorganismos multirresistentes y prescripciones de antibióticos de amplio espectro, tanto en UCI como en Geriatria (cifras de 84% y 89% en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0452

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACIÓN DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

las dos primeras y en torno al 60% en la tercera). En Medicina Interna las tasas son inferiores de forma global. El no disponer de clínico PROA dentro del propio Servicio dificulta mucho las posibilidades de auditar. En la UCI se dispone de Guía de antibioterapia en procesos infecciosos críticos desde el año 2017. La adherencia a éstas se ha incrementado al 85%. En casi todos los casos el ajuste a insuficiencias orgánicas es correcto (95%) y la tasa de desescalada, cuando ésta es pertinente, es elevada (75%). En plantas de hospitalización, al no poder implementar todavía las guías, no se dispone de ese dato, pero la aceptación de las intervenciones ha sido del 81%. La tasa de terapia secuencial en Geriátrica, con intervenciones realizadas por la farmacéutica PROA, es elevada (86%). Sigue sin disponerse de datos en Medicina Interna.

3) INTERVENCIONES Y DATOS:

En el año 2019 se han realizado 479 intervenciones frente a las 255 del año anterior. 348 fueron realizadas por clínicos PROA. Las 131 restantes se llevaron a cabo en Geriátrica por la farmacéutica PROA con la recomendación de secuenciar, siendo aceptadas el 86%.

El 95% de las auditorías clínicas fueron realizadas por alertas. Hasta el momento todavía no se realizan auditorías aleatorias fuera de UCI.

El 52% de las auditorías por alertas fueron generadas por aislamiento de MMR, el 21% por bacteriemia y el 17% por prescripción de ATBs de alto impacto ecológico. El resto se activó por una combinación de las variables anteriores.

Del 39% de las intervenciones derivó una recomendación (datos del 52% en el año anterior). Más de la mitad de las recomendaciones iban encaminadas a reducir la presión antibiótica. Las más frecuentes fueron: reducción de cobertura antibiótica y desescalada (23% en ambas) y suspensión de antimicrobiano por considerarlo no indicado (13% de las recomendaciones). La aceptación sigue siendo elevada: 81% de forma global y más elevada en el Servicio de UCI (87%).

>>) Bacteriemias:

Se registraron 86 bacteriemias frente a las 100 del año anterior (aunque el dato puede estar sesgado por problemas con la transmisión de información durante los tres primeros meses del año). La distribución en cuanto al origen fue similar al 2018, con un elevado porcentaje de IRAS (42%). El 48% de los episodios se detectaron en Geriátrica, 35% en MI y 15% en UCI, con datos porcentuales similares a los del año pasado. No se ha registrado ninguna bacteriemia por estafilococo aureus meticilín resistente (SAMR) y solo el 10% de las enterobacterias aisladas eran portadoras de betalactamasa de espectro extendido (BLEE) frente al 27% del pasado año. Junio, septiembre y octubre fueron los meses con mayor número de registros.

>>) MMR:

Se registran 245 frente a 196 del año anterior. El incremento de registros no refleja un aumento de colonización sino una mayor actividad PROA. Solo la mitad de ellos cumplieron criterios de infección activa. La UCI y Geriátrica fueron los Servicios con mayor número de aislamientos (41% y 37%). El porcentaje de IRAS es muy elevado (42%). Los MO más frecuentes fueron SAMR (32%) y enterobacterias BLEE (E coli BLEE 22% y Klebsiella BLEE 10%). Se incrementa ligeramente el número de enterobacterias MR y microorganismos (MO) no fermentadores. También muy discretamente el nº de MO portadores de carbapenemasa y MO extremadamente resistentes (estentrophomonas y klebsiellas), aunque solo en un caso cumplió criterios de infección clínica. Los aislamientos de aspergillus y candida distinta a la especie albicans son anecdóticos (2 y 1 casos respectivamente, y todos interpretados como colonización).

>>) Antibióticos de amplio espectro e impacto ecológico:

Se han reducido ligeramente el nº de prescripciones, en especial en el Servicio de Medicina Interna (del 53 al 37% del total de prescripciones en plantas de hospitalización)

El ATB más usado ha sido piperacilina/tazobactam, sobre todo en Medicina Interna. Geriátrica es el principal prescriptor de carbapenemes, con mayor porcentaje de imipenem sobre meropenem y con un ligero incremento del uso de ertapenem. La duración media de las prescripciones fue de 6,8 días frente los 7,5 días del año 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde su creación hasta la fecha hemos conseguido cumplir la mayor parte de nuestros objetivos y se han logrado importantes mejoras a nivel hospitalario.

El papel del equipo PROA continúa siendo altamente rentable en nuestro hospital. La incorporación de personal de enfermería y de nuevos clínicos PROA está permitiendo una mayor difusión y concienciación del uso optimizado de los antibióticos y la puesta en marcha de nuevos proyectos encaminados a mejorar la calidad de la prescripción. Aunque de momento no se ha conseguido que a ningún miembro del equipo se le conceda dedicación parcial de su jornada laboral al programa, seguimos avanzando.

El porcentaje de IRAS y de colonizaciones por MMR sigue siendo elevado. El incremento de registros con respecto al año anterior, no refleja un aumento de colonización, sino una mayor actividad PROA. Solo la mitad de ellos cumplieron criterios de infección activa, pero es muy importante su detección para asegurar que se cumplen las medidas de aislamiento encaminadas a reducir la transmisión.

Detectamos una ligera reducción en la antibioterapia empírica de amplio espectro que se prescribe en plantas de hospitalización, sobre todo en la planta de Medicina Interna (a pesar del sesgo que describimos más abajo), donde las cifras del año anterior hacían pensar que se le otorgaba un peso excesivo al riesgo de multirresistencia.

Ha disminuido el número de intervenciones de las que deriva una recomendación con respecto al año anterior, lo que nos lleva a pensar que nuestra labor comienza a dar sus frutos en cuanto a concienciación y optimización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0452

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACIÓN DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Nuestro principal punto débil como equipo es la ausencia de representación en el Servicio de Medicina. Esto dificulta las intervenciones y genera pérdida de información, con su sesgo correspondiente. Además, por cuestiones de organización interna, este Servicio tampoco cuenta con intervenciones desde Farmacia para terapia secuencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/452 ===== ***

Nº de registro: 0452

Título
CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
JORGE GARCIA RUTH NOEMI, RUIZ VALERO FRANCISCO, SAEZ ESCONALO PAULA, FERNANDEZ ABAD NURIA, CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO, CANOVAS PAREJA CARMEN, MIÑANA AMADA MARIA CRISTINA, ANDRES ARRIBAS IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La implementación de los PROA (Programas para Uso Racional de los Antibióticos -ATBs) está demostrando su eficacia en garantizar terapias coste-eficaces en materia de infecciones, y se ha convertido en una medida prioritaria del Plan Nacional frente a la Resistencia a ATBs, tanto en Hospitales como en Atención Primaria. En este sentido, en abril del 2018 el Gobierno de Aragón puso en marcha el programa IRAS-PROA: programa integral autonómico para vigilancia y prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización del uso de ATBs). En él se reconoce el papel fundamental de los profesionales sanitarios y desde él, se ha solicitado a los Centros/Sectores sanitarios que se apoyen en grupos de trabajo (GT) multidisciplinares para identificar y priorizar las necesidades locales y poner en marcha diferentes actuaciones: elaboración de guías locales, medida de consumo y de resistencias, realización de actividades formativas, y asesoramiento a profesionales por miembros del equipo PROA disponibles para consultoría. Se prevé que estas actividades se vayan incluyendo entre los objetivos de los sectores sanitarios y hospitales de forma progresiva. Nuestro GT- PROA, en activo desde octubre de 2017, incluye todas ellas entre sus objetivos, pero aún requiere tiempo para consolidarse, y sobre todo requiere mayor concienciación e implicación por parte de profesionales e institución sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Consolidación del GT-PROA. Lograr mayor implicación tanto de profesionales como de Equipo Directivo. Continuar con actividades formativas
- 2- Aprobación por la CIPPA (Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política ATB) y divulgación eficaz de las Guías locales para su óptima implementación.
- 3- Garantizar terapias coste-eficaces.

POBLACIÓN DIANA:

- 1-Todos los pacientes con síndromes infecciosos que ingresen en el hospital.
- 2-Profesionales sanitarios y Equipo Directivo.

OBJETIVOS FUTUROS

- 1- Integrar la cultura del PROA en la dinámica de trabajo habitual del hospital
- 2-Analizar nuestras fortalezas y debilidades y creación de planes de actuación específicos.

MÉTODO

- 1- Continuar con actividades de concienciación, divulgación y formación en materia de infecciones tanto del GT-PROA como del resto del personal sanitario.
- 2- Iniciar labores de feed-back con presentación de resultados de actividad en reuniones hospitalarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0452

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACIÓN DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

- generales. Está demostrado que son una poderosa fuente de refuerzo y concienciación. Es labor pendiente del proyecto anterior y pretendemos planificarlas con periodicidad trimestral.
- 3- Optimizar la implementación futura de la Guía de antibioterapia. Hemos creado una guía amplia en la que se incluyen no solo recomendaciones de ATBs empíricos, sino actualizaciones y protocolos de manejo integral de cada síndrome infeccioso, por ello consideramos interesante elaborar una versión reducida de ésta con el fin de facilitar al profesional un manejo práctico rápido. Se compondrá solo de tablas de prescripción con los ATBs recomendados en cada síndrome. Ambas Guías estarán disponibles en formato papel y digital. La digital se incluirá en la plataforma de intranet del Sector. Tras aprobación por la CIPPA se presentará en todos los Servicios y se les facilitará un ejemplar de cada una.
 - 4- Elaboración anual de mapas epidemiológicos con síndromes, patógenos más frecuentes y sus patrones de sensibilidad y resistencia a nivel local y distribuido por Servicios. Inclusión en la intranet. Registro de datos de consumo de ATBs local y por Servicios.
 - 5- Elaboración de un circuito entre nuestro hospital y el HCU para determinación de niveles de ATBs.

INDICADORES

- 1- Indicadores de adhesión a las Guías. % de pacientes que lo siguen en cuanto a recogida de muestras, elección de ATBs, dosis, desescale, secuenciación y duración de la prescripción. Tasa de cumplimiento global.
 - 2- Indicadores de proceso y resultado: % de pacientes con ATBs de amplio espectro y días de prescripción. Gasto farmacéutico en ATBs. Consultorías e intervenciones anuales. Tasa de intervenciones. % de éstas que generan recomendación y tipo de recomendación. Tasa de aceptación de las recomendaciones. Tendencias y comparación con respecto al año previo.
- Evaluación longitudinal y análisis periódicos

DURACIÓN

- Enero 2019-20: continuar actividades PROA descritas. Iniciar feed-back. Inclusión del Servicio de Cirugía y Ginecología en el programa.
- 1º semestre 2019: Aprobación de Guías por la CIPPA, presentación y divulgación.
 - 2º semestre 2019: Comenzar su implementación y recogida de indicadores de adhesión. Activar circuito para determinación de niveles de ATBs.

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 - 2019/0504

1. TÍTULO

CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE PAULA SAEZ ESCOLANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JORGE GARCIA RUTH NOEMI
FERNANDEZ ABAD NURIA
IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN
GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA
GASPAR GOMEZ ANA MARIA
PAUL FUMANAL ANA
FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A comienzos de 2019 el Núcleo de Seguridad SiNASP del HNSG estaba formado por 11 miembros de distintas categorías profesionales y Servicios hospitalarios. A lo largo del año se ha ampliado a 16 miembros: 5 facultativas, 3 supervisores, 7 enfermeros y 1 fisioterapeuta; teniendo representación en los servicios de UCI, Anestesia, Cirugía, Medicina Interna (MI), Geriatria, Pool de Enfermería, Radiodiagnóstico, Laboratorio de Análisis Clínicos y Rehabilitación.
Se han realizado reuniones mensuales de todo el Núcleo para abordar el estado de la formación y las notificaciones recibidas. Además se han convocado reuniones extraordinarias para analizar los eventos adversos (EA) y plantear acciones de mejora en el menor tiempo posible.
Se ha completado la formación en Seguridad y uso del sistema de notificación SiNASP para personal sanitario en los servicios de UCI, Cirugía, Medicina Interna, Geriatria y Laboratorio. En el resto de Servicios implicados se ha comenzado la formación y está pendiente de completarse.
Hemos diseñado un ciclo de 7 sesiones clínicas acreditadas que se impartirá durante el año 2020, en las que se expondrá el trabajo realizado por el Núcleo de Seguridad en el último año. También se difundirán los resultados estadísticos de EA ocurridos en el hospital y los planes de mejora puestos en marcha. Se realizarán sesiones enfocadas a explicar y tratar de minimizar los EA más frecuentes en el HNSG.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el 2019 se han recibido un total de 21 notificaciones de EA. Clasificadas según la matriz de riesgo SAC: 17 EA fueron de riesgo bajo (SAC 4 / sin SAC), 3 EA de riesgo medio (SAC 3) y 1 EA de riesgo alto (SAC 2) que fue comunicado a Dirección Médica con actitud proactiva por su parte.
Distribución de notificaciones de EA: 24% UCI, 14% MI, 14% Quirófano, 5% Geriatria, 5% Planta de Cirugía, 5% Rehabilitación, y un 33% catalogado como Planta de Hospitalización por falta de información de su procedencia.
El 23% de los EA notificados fueron errores de medicación, siendo el resto de categorías mucho menos frecuentes: 7% incidentes relacionados con diagnóstico, 7% errores de identificación, 7% errores relacionados con la comunicación, 7% problemas con equipos y aparatos, 5% traslados, 2% dietas y alimentación, etc.
Se han emitido acciones de mejora en el 90% de ellos, siendo transmitidas por parte de los integrantes del Núcleo de seguridad a los responsables de los Servicios implicados, con una aceptación del 80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Núcleo de Seguridad SiNASP del HNSG se ha consolidado y continúa ampliándose para intentar abarcar todos los servicios hospitalarios. El carácter multidisciplinar del equipo nos permite un abordaje más completo de los EA y contribuye a la buena aceptación de las iniciativas de mejora en los distintos servicios.
El número de notificaciones de EA recibidas en el año 2019 ha sido menor que en el año previo (21 frente a 24), probablemente debido a que en algunos servicios se completó la formación en el año 2018, no habiéndose realizado actualización en este año. Por ello se ha diseñado un programa de sesiones formativas que tratará de repetirse anualmente para continuar fomentando la cultura de seguridad en el hospital.
Los notificantes en muchos casos no aportan suficientes datos sobre los EA. Esto se debe a que persiste el miedo a las represalias por cometer errores. Durante la formación debemos continuar haciendo hincapié en la importancia de analizar los EA para mejorar la seguridad del paciente, dejando claro que el sistema es totalmente anónimo y no punitivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/504 ===== ***

Nº de registro: 0504

Título
CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NUESTRA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0504

1. TÍTULO

CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

Autores:

SAEZ ESCOLANO PAULA, JORGE GARCIA RUTH NOEMI, FERNANDEZ ABAD NURIA, IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN, GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA, GASPAR GOMEZ ANA MARIA, PAUL FUMANAL ANA, FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje es uno de los objetivos incluidos en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad junto con el apoyo técnico del Instituto Universitario Avedis Donabedian desarrolló y coordinó el denominado Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). El SiNASP ha sido específicamente desarrollado para dar respuesta a las necesidades de las organizaciones sanitarias de nuestro país, como muestra el hecho de haber implicado a los distintos grupos de interés en su diseño (pacientes, profesionales a través de las Sociedades Científicas, expertos en seguridad y representantes de las Comunidades Autónomas). El análisis de riesgos o de incidentes ya sucedidos es una de las partes fundamentales de la gestión de riesgo. A partir de él vamos a conocer los problemas de nuestra organización y a partir de aquí, establecer las mejoras que eviten o mitiguen esos riesgos. El sistema de notificación es el medio que tiene el profesional para comunicar los incidentes de seguridad de los que es testigo o se ve implicado para que puedan ser analizados y aprender de ellos. Como objetivos de un sistema de notificación tenemos: aprender de las experiencias tras el análisis sistemático de los hechos, disminuir los incidentes de seguridad tras la implantación de las acciones de mejora consecuencia de los análisis y contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro del ámbito de trabajo. El Núcleo de Seguridad del HNSG se constituyó en enero de 2018, y se ha ido consolidando a lo largo de este mismo año, contando en la actualidad con 16 miembros. Se han realizado recomendaciones de mejora en el 80% de los Eventos Adversos (EA) notificados, siendo la mayoría aceptadas y puestas en marcha.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Ampliar el Núcleo de Seguridad formado por profesionales sanitarios de todo el HNSG. Actualmente falta implicar al Servicio de Urgencias del hospital.
2. Promover una cultura de seguridad en el personal sanitario.
3. Liderar la mejora de la seguridad en la atención al paciente en el HNSG, a partir del análisis EA y la emisión de recomendaciones de mejora.
4. Implicar a la Dirección de hospital para facilitar la implementación de las medidas de mejora.

MÉTODO

1. Continuar las reuniones mensuales del Núcleo de Seguridad en las que se evalúa el proceso de formación del personal sanitario en Seguridad del paciente y Uso del SiNASP. Se analizarán los EA notificados, sus causas y factores contribuyentes, tratando de emitir recomendaciones de mejora.
2. Continuar la formación en Seguridad del Paciente a los profesionales sanitarios del HNSG mediante charlas en pequeños grupos impartidas durante el horario laboral, de forma que se facilite la asistencia. Se enseñará al personal a realizar notificaciones en el SiNASP, realizando ejemplos prácticos, tutorizados por miembros del Núcleo.
3. Potenciar la visibilidad del Núcleo mediante pósters relacionados con la seguridad y con el uso del Sistema colocados en zonas estratégicas del hospital.
4. Reunión de los responsables de Seguridad de HNSG y Hospital Royo Villanova (HRV) para fomentar el trabajo en equipo y tratar de unificar las líneas de trabajo de ambos hospitales del Sector I.
5. Implicar a la dirección del hospital en aquellas recomendaciones de mejora que se emitan a partir de EA que impliquen daños graves al paciente.
6. Realización de una reunión hospitalaria informativa con una periodicidad al menos anual. En ella se hará un repaso del trabajo realizado por el Núcleo de Seguridad, contribuyendo así a mejorar el feedback de la información el resto de profesionales sanitarios del hospital.

INDICADORES

Recomendaciones de Seguridad emitidas
Notificaciones recibidas*100 / Recomendaciones emitidas
Estándar. > 60%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0504

1. TÍTULO

CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

DURACIÓN

Las actividades planificadas se llevarán a cabo a lo largo de todo el año 2019. Se prevé que en diciembre de 2019 se encuentre completado el Núcleo de Seguridad con representación de los distintos Servicios hospitalarios y se haya completado la formación en los servicios que ya disponen de representación en el Núcleo de Seguridad. Dada la elevada movilidad del personal (Traslados) se continuará impartiendo formación a lo largo de todo el año a los profesionales sanitarios que se vayan incorporando.

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 - 2019/1303

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA COMISION DE HUMANIZACION DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HNSG DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO CORCHERO MARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZARAZAGA SANTIAGO
GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA
ARMILLAS MOLINOS MARIA
GIMENO ANA ISABEL
GIL EGEA ESMERALDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha constituido la comisión que consta de 3 facultativos y 7 DUEs del Servicio de Medicina Intensiva. Se ha planificado y realizado a partir del verano de 2019, una reunión trimestral y se ha gestionado la inclusión como grupo de trabajo con el responsable de calidad del Sector y la dirección del centro. Se ha preguntado a los miembros del servicio sobre los temas que creen importante tratar de abordar en la comisión, resultando que los propuestos serían:

- 1.- Abordar la ampliación de los horarios de visita de la Unidad. Se modificará el enfoque del acceso de los familiares a la Unidad, y salvando los periodos de máxima actividad asistencial, se intentará el máximo acceso posible de la familia al enfermo durante las máximas horas posibles del día.
- 2.- Actualizar la hoja de información a familiares y la información que se proporciona por facultativos y personal de enfermería a los familiares durante el ingreso (valorando que se realice dos veces al día en vez de una como hasta ahora).
- 3.- Gestionar la disponibilidad de monitores de televisión en los boxes de la UCI. Gestionar calendarios y relojes que ayuden a la orientación del paciente.
- 4.- Elaboración de protocolo de sedación y analgesia de la Unidad
- 5.- Estudiar aplicación y modificación protocolo de atención al duelo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.- Creación de la comisión de humanización de la Unidad de cuidados intensivos del H Nuestra Señora de Gracia
- 2.- Modificación tríplico de información a familiares.
- 3.- Asignación de responsables de realizar el protocolo de sedación de la Unidad.
- 4.- Se ha gestionado la obtención de televisores para los enfermos ingresados en la Unidad, se han conseguido de momento 4 monitores, se solicitará la obtención de uno por box, además se gestionará la compra de relojes y calendarios para los boxes, al objeto de ayudar a la orientación de los pacientes.

Cumplimiento indicadores propuestos al inicio del proyecto:

OBJETIVOS INDICADOR

Encuesta aspectos a trabajar en relación a la humanización				50 - 90 %	SI 95 %
Modificación hoja informativa familiares	SI		SI		
Cambio horario visitas familiares		SI	SI		
Necesidades de material, Monitores TV Min 4 boxes			SI		

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se valora como muy satisfactoria la respuesta del personal, tanto a la creación de la comisión como a su puesta en marcha. La implicación en su funcionamiento inicial y la cantidad de propuestas realizadas nos hace plantearnos su continuidad como proyecto de calidad y como grupo de trabajo del Servicio.

La respuesta de los pacientes y las familias a las iniciativas realizadas ha sido muy buena, por lo que creemos que merece la pena profundizar en esta línea de trabajo, tanto en el Servicio como en el centro.

Consideramos que es también muy importante, y no ha sido parte de las iniciativas abordadas en esta fase inicial, incidir en los aspectos relacionados con el personal y su cuidado, abordando aspectos como la sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados y la prevención del síndrome de desgaste profesional y promoción del bienestar profesional.

Por todo lo expuesto creemos cumplidos los objetivos propuestos al inicio del proyecto y creemos que se debe valorar su continuidad, como línea estratégica de trabajo en el Servicio.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1303

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA COMISION DE HUMANIZACION DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HNSG DE ZARAGOZA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1303 ===== ***

Nº de registro: 1303

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA COMISION DE HUMANIZACION DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HNSG DE ZARAGOZA

Autores:
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO, ZARAZAGA SANTIAGO, GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA, ARMILLAS MOLINOS MARIA, GIMENO ANA ISABEL, GIL EGEA ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES CRITICOS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos 30 años, el desarrollo a nivel científico y tecnológico de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ha sido espectacular. Esa es la causa de un incremento notable en las cifras de supervivencia de los enfermos ingresados en estas unidades. Sin embargo, un uso intensivo de la tecnología ha podido relegar las necesidades humanas y emocionales de pacientes, familias y profesionales a un segundo plano. Como consecuencia, se advierte una pérdida de la narrativa en la elaboración de las historias clínicas, falta de escucha activa a las demandas de pacientes y familiares, y el cuestionamiento de la vocación profesional por estrés. Este estrés se origina en la falta de unas condiciones laborales estables por recortes humanos y materiales, en parte debidos a la crisis económica, así como a la falta de reconocimiento social. Por tanto, es tiempo de reflexionar sobre si debe replantearse una rehumanización de la asistencia y mejorar la relación entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios. El verdadero objetivo es conseguir mayor cercanía, comprensión, afectividad y ternura, incrementando nuestra capacidad de autocrítica y perseverando en nuestro permanente afán de mejora. La atención integral requiere subjetividad, cualificación, sensibilidad y ética. Necesita de grandes dotes de comunicación y habilidades de relación: escucha activa, respeto, empatía y compasión. Ni más ni menos es lo que pretendemos conseguir con este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Pretendemos crear un grupo de trabajo e incidir en los siguientes aspectos para mejorar en la humanización de la atención a los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos:

Se priorizaron los siguientes programas y ámbitos de intervención:

1. UCI de puertas abiertas
2. Comunicación
3. Bienestar del paciente
4. Presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos
5. Cuidados al profesional
6. Infraestructura humanizada
7. Cuidados al final de la vida

MÉTODO
Creación del grupo de trabajo sobre humanización. Al menos 4 reuniones anuales para definir objetivos.

Trabajar sobre los diferentes objetivos señalados:

Horario de visitas

Folleto de información a familiares

Plan de comunicación a familiares, familiar y enfermero responsable...

Mejora infraestructuras para facilitar la estancia de paciente y familiares en UCI..

Elaboración de protocolo de sedación y analgesia...

Se incluyen algunas, las posibilidades de actuaciones son muchas más que se irán implementando.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1303

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA COMISION DE HUMANIZACION DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HNSG DE ZARAGOZA

Realización de encuesta a personal sobre los aspectos a trabajar en relación a la humanización Objetivo: que la realice más del 70 % del personal. 50 -90 %
Modificación hoja informativa de familiares. SI
Realización de cambios en horario de visitas y forma de relacionarse con enfermo y familiares. SI
Valoración necesidades de material para mejorar confort de enfermos y familiares. Inicialmente monitores de televisión para al menos 4 de los boxes de la Unidad. SI

DURACIÓN

Inicio en Junio de 2019 y continuación al menos durante un año para iniciar y consolidar las actuaciones requeridas.

Responsables de implantación y consolidación sería la comisión de humanización del Servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALIACAR MUÑOZ MARTA
BAGUES MARCEN MARIA CARMEN
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL
FERRANDO VELA JUAN
GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO
JIMENEZ SAENZ JUANA
SAURA HERNANDEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Durante el año 2018 se evaluaron las causas de la alta incidencia de reingresos por insuficiencia Cardiaca y se propusieron medidas encaminadas a mejorarlas, que fueron las siguientes:

- 1- Mejorar la calidad del tratamiento médico según la guías
- 2- Educación sanitaria sobre el síndrome de IC al paciente, familiares con elaboración de folleto informativo y ofrecer un tfno. De contacto
- 3- Transición de cuidados de forma correcta de atención Hospitalaria a atención primaria (se adjuntan normas de la SEC)
- 4- Reevaluación temprana del paciente
 - a. 1 visita en los primeros 7 días del alta a cargo de una enfermera experta en IC y el médico correspondiente (cardiólogo, geriatra, internista, médico de atención primaria). Va encaminada a valorar congestión residual u otras causas reversibles de descompensación y ajustar tratamiento. Realizar analítica de pro-BNP, Hb, filtrado glomerular
 - b. Programar visitas sucesivas para ajustar medicación
 - c. Realizar tratamientos puntuales en hospital de día: diuréticos IV, ferritina, transfusión de concentrados de hematies...

Todas estas medidas se encuadran en el desarrollo de una Unidad de IC especializada que ofrezca todas estas medidas y la coordinación con Atención Primaria que es fundamental en el cuidado de estos pacientes. También se propuso realizar una base de datos que registre los reingresos por IC y causas desencadenantes, durante el año 2019.

Por último, se planteó desarrollar una vía clínica en el manejo hospitalario de la IC que englobe a todos los servicios implicados en el diagnóstico y tratamiento de la misma para unificar criterios de actuación y mejorar la calidad del tratamiento ofrecido a estos pacientes.

Teniendo como guía estos objetivos, hemos estado colaborando estrechamente el Servicio de Medicina Interna y el Servicio de Cardiología durante todo el 2019:

1. Se ha incluido en la agenda del Servicio de Cardiología una consulta especializada de IC, cuya actividad de detalla en un documento adjunto (anexo 1). Se remiten paciente con IC avanzada procedentes de Cardiología, MI (anexo 2) y recientemente se ha realizado un documento para que Atención Primaria pueda derivar sus pacientes (anexo 3).
2. Se está realizando actividad formativa, para el personal sanitario y para los pacientes ingresados, para que conozcan su enfermedad y como deben cuidarse. Se están elaborando unos folletos informativos que se entregaran a los pacientes.
3. En el informe de alta, se adjuntan normas claras y sencillas para el paciente respecto a la alimentación, toma de líquidos, pesarse todos los días y estilo de vida.
4. Los pacientes que ingresan por IC, al alta salen con cita para la consulta de IC en 15 días o para su cardiólogo en 1-2 meses.
5. Se ha realizado una base de datos (Anexo 4) donde se registran los pacientes que reingresan de forma precoz por IC. Se elaboró de forma conjunta con Medicina Interna, se están registrando los pacientes desde julio de este año.
6. Creación de un Grupo de trabajo de IC en el HRV para la elaboración de la vía clínica.

Nuestro objetivo para el año 2020 es desarrollar de forma completa la unidad especializada de IC, para ello necesitamos:

- Aumentar el número de consultas de seguimiento para los pacientes, tanto los dados de alta después de un ingreso como los derivados desde Atención Primaria o desde Especializada.
- Dedicar tiempo a formación y colaboración con Atención Primaria, para dar a conocer el protocolo de derivación de pacientes, coordinarnos en el seguimiento de los pacientes al alta después de una descompensación cardiaca, es importante que Atención Primaria se implique en el seguimiento precoz. Nuestro plan es dedicar un tiempo en ir a cada centro de Salud para establecer una vía de comunicación y colaboración en el tratamiento de estos pacientes.
- Desarrollar una consulta de Cardio-oncología, para seguimiento y tratamiento precoz de pacientes con cardiotoxicidad

REINGRESOS POR EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

1. Se ha diseñado un formulario para la recogida de información sobre los pacientes "caso". Se han recogido datos demográficos y de comorbilidad de 15 pacientes con más de 2 ingresos por EPOC (10 hombres -66,7%, edad media 73,5 años), desde enero de 2019 hasta octubre de 2019, en el servicio de neumología del HRV (tabla 2). Como puede apreciarse los pacientes reingresadores son aquellos que presentan insuficiencia respiratoria crónica, en tratamiento con oxígeno domiciliario. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas son hipertensión arterial, bronquiectasias con infección bronquial crónica, dislipemia, cardiopatía isquémica revascularizada y diabetes mellitus. Un tercio de los pacientes eran fumadores activos. 13 de 15 vivían en su domicilio con apoyo familiar y todos estaban polimedificados.
2. La valoración del efecto de las intervenciones sobre la tasa de reingresos se analizará 6 meses después de la puesta en marcha de las intervenciones. Como puede apreciarse en la tabla 2, el porcentaje de reingresos por exacerbación de EPOC en el servicio de neumología del HRV, está en torno al 9% (11,5% en el primer trimestre de 2019) con un aumento del peso medio a lo largo de los últimos 3 años y una disminución de la estancia media. Datos del estudio español RECALAR de 2015, cifran la tasa de reingresos por exacerbación de EPOC dentro de los primeros 30 días en el 16,9%, con una estancia media de 7,90 días (Alfageme, 2018), en tanto que en Estados Unidos, la tasa de reingresos a 30 días se sitúa entre el 19% (Jacobs, 2018). La tasa de reingresos a 30 días por EPOC, está por debajo de la media nacional e internacional y se debe al seguimiento de pacientes con EPOC grave en consultas monográficas y la puesta en marcha del hospital de día de neumología, que permite una menor estancia media y un control próximo al alta hospitalaria.
3. En una fase posterior, se analizarán las variaciones entre episodios iniciales y de reingreso de los niveles de gravedad y mortalidad y comorbilidades, al igual que la polifarmacia. Este apartado queda estudiado con los resultados obtenidos en el servicio de neumología del HRV.
4. Diseño de una vía clínica para el paciente con EPOC agudizada desde Urgencias hasta el alta hospitalaria, que incluye los siguientes puntos:
 - 1) Atención en urgencias
 - 2) Criterios de ingreso
 - 3) Criterios de tratamiento ambulatorio
 - 4) Continuidad asistencial

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ANEXO 1: Actividad en la consulta monográfica de Insuficiencia cardiaca.

Importancia de la existencia de la consulta de IC

La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad e involucra a todos los niveles del sistema asistencial; en los últimos años se han puesto en marcha las unidades multidisciplinares de IC que han conseguido demostrar reducciones en los reingresos hospitalarios, en la mortalidad y por ende un menor coste sanitario. Como resultado de esto, las guías actuales de manejo de IC recomiendan su puesta en marcha con un nivel de evidencia IA.

En nuestro Hospital de momento no se dispone de una unidad multidisciplinaria de IC estructurada, sin embargo como un primer escalón en la formación de esta unidad, en el servicio de Cardiología hemos iniciado una consulta específica de IC que funciona de 2 a 3 días a la semana.

Servicios prestados en la consulta monográfica de IC

La consulta de IC está dirigida para la atención de pacientes con diagnóstico de IC tanto con fracción de eyección de ventrículo izquierdo reducida (FEVI) como preservada.

En esta consulta se realiza un seguimiento estrecho de los pacientes con IC que así lo ameritan por su situación basal, así mismo se realiza educación de los pacientes y familiares en el autocuidado de la enfermedad y se intenta optimizar al máximo el tratamiento médico con la titulación a dosis plenas de los fármacos modificadores de la enfermedad.

Se planifican también esquemas de tratamiento intravenoso periódico en el hospital de día a los pacientes que así lo requieran. Para esto utilizamos las instalaciones del hospital de día ya existente en la planta 3º de Medicina Interna. En los casos seleccionados que se precisen terapias avanzadas con dispositivos (desfibrilador implantable, terapia de resincronización cardiaca), se decide su indicación conjuntamente con la unidad de arritmias del servicio de Cardiología. En los casos que sea necesario se remiten los pacientes a la Unidad de IC y trasplante del Hospital Universitario Miguel Servet.

En la consulta de IC se realiza inicialmente una evaluación integral y presencial de cada paciente referido.

Puesto que por el volumen de pacientes con esta patología no sería posible seguir a todos, según las características individuales y necesidades de cada uno se continuará el seguimiento en la consulta de IC o tras la valoración se derivará con recomendaciones específicas a la consulta pertinente. Siempre que sea necesario el paciente puede ser referido para una nueva valoración en la consulta de IC.

1

Actividad en la consulta de IC en el periodo entre febrero y septiembre de 2019

La consulta de IC con actividad continua 2-3 días a la semana se ha desarrollado desde febrero de 2019. A continuación indicamos el número de pacientes vistos en esta consulta así como algunos datos de la actividad realizada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Número total de pacientes vistos en la consulta de IC.

-Desde el 01 de febrero de 2019 hasta el 30 de septiembre de 2019 se han visto un total de 170 pacientes con diagnóstico de IC.

Derivaciones al Hospital Universitario Miguel Servet.

-Se han derivado 9 pacientes para implante de dispositivos avanzados en IC. Implante de DAI-TRC.

-Se han derivado 2 pacientes para implante de prótesis aórtica percutánea.

-Se han derivado 2 pacientes para implante de dispositivo Mitraclip.

-Se han derivado 3 pacientes para seguimiento en la unidad de IC avanzada y trasplante cardiaco.

El seguimiento de estos pacientes en una consulta específica ha permitido una comunicación fácil y fluida con las distintas unidades de referencias del servicio de Cardiología del HUMS.

Pacientes con protocolo de tratamiento intravenoso en hospital de día.

-Aunque estos datos son variables porque los pacientes pueden entrar o salir de estos protocolos según su situación clínica, en la actualidad tenemos a 8 pacientes que siguen protocolos periódicos de tratamiento en el hospital de día.

Estimación de reingresos por IC

-El seguimiento estrecho de los pacientes en esta consulta nos ha permitido obtener una baja tasa de reingresos por IC, teniendo en cuenta los pacientes vistos en una primera consulta a partir de febrero de 2019, solo 10 pacientes han tenido necesidad de reingresos hospitalarios por IC, suponiendo esto aproximadamente un 6% del total de pacientes vistos en la consulta.

Altas de la consulta de IC

-Los pacientes con buena situación clínica tras un seguimiento en consulta de al menos 6 meses y que cumplan criterios de alta de la consulta de IC se derivan a distintas consultas según el perfil de cada paciente (cardiología general, medicina interna, atención primaria). Desde febrero de 2019 se han dado de alta 15 pacientes.

Protocolos

Hemos realizado varios protocolos para un adecuado trabajo en nuestra consulta de IC:

-Protocolo de derivación desde primaria con sospecha de IC.

-Protocolo de derivación a nuestra consulta monográfica de IC

-Protocolo de derivación a consulta de IC avanzada del HUMS.

-Protocolo de indicación de DAI y DAI-TRC en pacientes con IC.

-Protocolo del manejo de la resistencia al tratamiento diurético en IC.

Todos los protocolos se han desarrollado conjuntamente con el grupo de mejora de la calidad de atención del IC.

Tenemos pendiente presentar estos protocolos a la comisión de Formación para que puedan estar disponibles para todo el Sector.

Conclusión

-Mantener la consulta de IC nos permitiría atender cada vez a más pacientes con esta patología y poder proporcionarles así un manejo óptimo, esto permitiría sin ninguna duda disminuir su mortalidad y morbilidad así como los altos costes que suponen los reingresos por esta causa. Es también un importante vínculo de comunicación fluida con la unidad de IC avanzada de referencia para la comunidad autónoma que permite optimizar el manejo integral de los pacientes con IC.

ANEXO 2: Protocolo de derivación de pacientes de nuestro centro a la Unidad de insuficiencia cardiaca avanzada y trasplante del Hospital Universitario Miguel Servet.

Introducción

-Existen situaciones en las que los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia cardiaca necesitan la valoración y/o seguimiento por una unidad de insuficiencia cardiaca (UIC) avanzada, ya sea por si en un momento dado pudieran ser subsidiarios de dispositivos cardiacos avanzados y trasplante cardiaco, o también en casos que precisaran esquemas de tratamientos que no se disponen en nuestro centro en la actualidad.

-Los pacientes que por su situación basal sean subsidiarios de valoración y seguimiento en la UIC de referencia deben ser remitidos en primer lugar a la consulta específica de IC de nuestro centro, tras la valoración en esta consulta serán referidos a la unidad de IC avanzada y trasplante del Hospital Miguel Servet.

-En el anexo 1 se indican algunas características que nos ayudan a identificar los pacientes que se deben remitir a la UIC avanzada de referencia,

A continuación se indican los criterios de derivación a la unidad de UIC avanzada de referencia.

- Pacientes con diagnóstico de ICC que se sean candidatos a trasplante cardiaco, en general < 70 años.
- ICC con estudio etiológico completo, con mala CF pese a tratamiento médico optimizado y que sean candidatos a seguimiento estrecho y tratamiento en ciclos en un Hospital de día de IC.
- Miocardiopatía dilatada isquémica con función sistólica VI severamente deprimida pese a revascularización o cualquier tipo de miocardiopatía (MCD no isquémica, MCH, MCR, DAVD) con síntomas de IC o marcadores de mal pronóstico (IRC, HTP, elevación progresiva de péptidos natriuréticos, arritmias ventriculares). Siempre que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

sean subsidiarios de trasplante cardiaco o dispositivos avanzados.

- Pacientes con valvulopatías severas e hipertensión pulmonar significativa persistente (estudiada con cateterismo cardiaco derecho) que sean candidatos a cirugía, para valorar protocolo de HTP previo a la intervención.

También indicamos los criterios de exclusión para derivar los pacientes a la UIC avanzada:

- Pacientes con importante comorbilidad que supongan un mayor riesgo de mortalidad por las mismas que por la IC.
- Entorno sociofamiliar deteriorado.
- Incapacidad mental para el cumplimiento de la educación sanitaria
- Falta de cumplimiento terapéutico.

-La comunicación se puede hacer por llamada directa al Hospital de Día de Insuficiencia cardiaca del HUMS (extensión 114501).

-El objetivo de la derivación a la unidad de IC avanzada sería tener una primera valoración a partir de la cual el paciente tenga su seguimiento en esta unidad si así lo amerita o sea remitido nuevamente a nuestro centro para seguimiento en la consulta de IC o Cardiología general según cada caso.

Los pacientes con IC avanzada que se deben derivar a la UIC avanzada de referencia pueden tener alguna de las siguientes características que nos orienten a su identificación:

- Síntomas de IC severos y persistentes con clase funcional (CF) NYHA III-IV.
- Disfunción miocárdica severa definida como: FEVI < 30%, disfunción aislada de ventrículo derecho, valvulopatía severa con dudas de ser subsidiaria de cirugía o con hipertensión pulmonar severa.
- Elevación persistente de péptidos natriuréticos con datos de disfunción diastólica significativa o alteraciones estructurales acordes a la definición de IC con FEVI preservada.
- Episodios de edema agudo de pulmón que hayan precisado tratamiento diurético intensivo, episodios de bajo gasto cardiaco que hayan necesitado tratamiento inotrope o ingresos con arritmias malignas. En general mas de 1 episodio en el último año.
- Pacientes que sean candidatos a implante de un desfibrilador automático implantable (DAI) o terapia de resincronización cardiaca (TRC).
- Disfunción orgánica extracardiaca secundaria a IC (hepatopatía, caquexia cardiaca, insuficiencia renal).
- Ausencia de comorbilidad importante que por si misma contraindique terapias invasivas avanzadas.

También podemos definir distintos criterios que nos deben alertar para referir a un paciente a la unidad de IC avanzada.

Criterios clínicos:

- Más de 1 ingreso por IC en el último año.
- CF NYHA III.
- Intolerancia a dosis óptimas de los fármacos modificadores de la enfermedad
- Necesidad de dosis incrementales de diuréticos.
- Caquexia, pérdida de peso no intencionada.
- Tensión arterial sistólica < 90 mmHg.
- Falta de respuesta a TRC.

Criterios analíticos

- Filtrado glomerular < 45ml/minuto.
- Potasio >5.2 o <3.5 mEq/L, hiponatremia (de forma persistente)
- Anemia
- NT proBNP basal > 1000 pg/ml o equivalentes.
- Hipoalbuminemia.
- Elevación de enzimas hepáticas.

Criterios de imagen

- FEVI <30%
- Áreas extensas de aquinesia, disquinesia o aneurisma.
- Insuficiencia mitral moderada-severa.
- Disfunción de ventrículo derecho.
- Presión pulmonar sistólica > 50 mmHg.
- Insuficiencia tricúspide moderada-severa

ANEXO 3: Protocolo de derivación de pacientes con sospecha de Insuficiencia cardiaca desde atención primaria

La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad y su diagnóstico y tratamiento temprano mejoran el pronóstico de los pacientes. A continuación se indica la ruta asistencial cuando la sospecha diagnóstica se inicia desde atención primaria (AP).

-Paciente con sospecha clínica de IC por su médico de AP, se deben valorar los siguientes datos:

Buscar al menos uno de los siguientes criterios clínicos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

- Antecedentes de enfermedad cardiaca: IAM, cardiopatía isquémica crónica.
- HTA.
- Exposición a fármacos cardiotoxicos/radioterapia.
- Uso previo de diuréticos
- Ortopnea y disnea paroxística nocturna.

Buscar al menos uno de los siguientes datos a la exploración física:

- Estertores crepitantes, edema maleolar bilateral, soplo cardiaco, dilatación venosa yugular, latido de la punta con desplazamiento lateral.

Buscar signos en pruebas complementarias:

- ECG: cualquier anomalía.
- Rx. Tórax: cardiomegalia, signos de congestión pulmonar, redistribución vascular.

En caso de que esté presenta al menos uno de estos signos se deberán solicitar niveles de BNP o NT-ProBNP:

En caso que los niveles de BNP sean > 35 pg/ml o NT-ProBNP> 125 pg/dl se realizará interconsulta electrónica a Cardiología y el paciente será citado en consulta de alta resolución en la que se realizará un ecocardiograma en el mismo acto.

Si los niveles son negativos se deberán buscar otras causas que expliquen los síntomas del paciente.

Si tanto la anamnesis como la exploración física y el ecocardiograma confirman la sospecha de IC, el/la paciente puede seguir las siguientes rutas:

- Paciente con disfunción sistólica VI en el ecocardiograma o en casos con FEVI preservada y presencia de valvulopatía significativa o sospecha de miocardiopatía primaria, el paciente se citará para continuar estudio en las consultas de Cardiología.
- Pacientes con sospecha de IC con FEVI preservada, descompensación actual por IC y comorbilidad importante se citarán para en consultas de Cardiología o Medicina Interna.
- Pacientes con sospecha de IC con FEVI preservada y estabilidad clínica se podrán remitir tras recomendaciones de ajuste del tratamiento para seguimiento en Atención primaria.
- En caso de que la exploración física y el ecocardiograma descarten la sospecha de IC el/la paciente se remitirán a Atención primaria para continuar estudio de su cuadro clínico.

ANEXO 4: Formulario de recogida de datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La tasa de reingresos por insuficiencia cardiaca ha pasado de un 18,9% a un 12,9% . La tasa de reingresos por EPOC se ha reducido de un 12,2% a un 11,2%.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1077 ===== ***

Nº de registro: 1077

Título
GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Autores:
JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN, ALIACAR MUÑOZ MARTA, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, FERRANDO VELA JUAN, GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO, JIMENEZ SAENZ JUANA, RAMOS D'ANGELO FERNANDO, SAURA HERNANDEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INSUFICIENCIA CARDICA, EPOC
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

El envejecimiento de la población en España y en toda Europa ha hecho crecer la demanda de servicios sanitarios y sociales por parte de pacientes pluripatológicos que presentan enfermedades crónicas y alta comorbilidad. Uno de los indicadores en los que se refleja este mayor consumo de recursos es el ingreso hospitalario.

La tasa de reingresos hospitalarios (no programados) es un indicador de la calidad de la atención sanitaria habitualmente utilizado.

El reingreso hospitalario puede deberse a factores clínicos y sanitarios, factores relacionados con el paciente y su entorno social y familiar, factores relacionados con la enfermedad o una combinación de todos ellos.

Conocer estos factores permitiría identificar a las personas con mayor riesgo de reingreso no electivo y diseñar intervenciones más efectivas para el seguimiento de estos pacientes tras el alta. Existe una gran variedad de intervenciones para disminuir el riesgo de reingresos. En general, las intervenciones fundamentadas en la continuidad asistencial, parecen ser las actividades más efectivas.

Nuestra intervención se hará en la insuficiencia cardiaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) por ser los dos procesos con mayor número de reingresos por causa médica en nuestro Sector. La tasa de reingreso puede identificar problemas de la calidad asistencial y posibilidades de mejora en estos dos procesos. Los servicios que participarán en el proyecto serán los que atienden a dichos procesos en el Sector.

Los Servicios implicados en el proyecto serán Cardiología, Geriatria, Medicina Interna y Neumología.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Confirmar los procesos con reingresos más frecuentes en los servicios médicos de los dos hospitales del Sector Zaragoza I.
- 2-Identificar los factores predictivos de los reingresos hospitalarios.
- 3-Proponer intervenciones efectivas para reducir el riesgo o número de reingresos hospitalarios.
- 4- Monitorizar los reingresos en los procesos definidos tanto por Servicio como por Sector.
- 5- Reducir la tasa de reingresos respecto a si mismos.

MÉTODO

- 1-Análisis de las patologías con reingresos más frecuentes, así como el tiempo de reingreso y la estancia en el ingreso.
- 2-Sesión formativa con expertos en codificación para definir el mejor indicador diagnóstico para lo que el proyecto pretende valorar.
- 3-Propuesta de intervenciones por Servicio con el objetivo de reducción de reingresos en aquellas patologías más frecuentes.
- 4-Valorar el efecto de las intervenciones sobre la tasa de reingresos.

INDICADORES

Según la evidencia disponible, podrían ser factores de riesgo del reingreso hospitalario los siguientes:

- 1-La morbilidad y comorbilidad.
- 2- Numero de ingresos hospitalarios previos.
- 3-La duración de la estancia hospitalaria.
- 4- Polifarmacia (tomar más de cinco medicamentos)
- 5- La capacidad funcional: limitación en las actividades de la vida diaria era un factor predictivo del reingreso hospitalario.

Estos factores permitirán clasificar a los pacientes con mayor riesgo de reingreso, realizándose la actuación en estos pacientes.

Los indicadores del proyecto serán la Tasa de reingreso antes y después de las intervenciones en el global de pacientes del Sector con insuficiencia cardiaca y EPOC, y de forma individualizada en cada Servicio.

DURACIÓN

- Mayo 2018- Presentación de la metodología de trabajo a los Servicios implicados.
Julio 2018-Resultados de tasa de reingresos antes de las intervenciones.
Septiembre 2018-Intervenciones generales y específicas por Servicios.
Marzo 2019-Resultado de tasa de reingresos después de las intervenciones.
Abril 2019-Comunicación de resultados a los Servicios implicados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALIACAR MUÑOZ MARTA
BAGUES MARCEN MARIA CARMEN
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL
FERRANDO VELA JUAN
GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO
JIMENEZ SAENZ JUANA
SAURA HERNANDEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Durante el año 2018 se evaluaron las causas de la alta incidencia de reingresos por insuficiencia Cardíaca y se propusieron medidas encaminadas a mejorarlas, que fueron las siguientes:

- 1- Mejorar la calidad del tratamiento médico según la guías
- 2- Educación sanitaria sobre el síndrome de IC al paciente, familiares con elaboración de folleto informativo y ofrecer un tfno. De contacto
- 3- Transición de cuidados de forma correcta de atención Hospitalaria a atención primaria (se adjuntan normas de la SEC)
- 4- Reevaluación temprana del paciente
 - a. 1 visita en los primeros 7 días del alta a cargo de una enfermera experta en IC y el médico correspondiente (cardiólogo, geriatra, internista, médico de atención primaria). Va encaminada a valorar congestión residual u otras causas reversibles de descompensación y ajustar tratamiento. Realizar analítica de pro-BNP, Hb, filtrado glomerular
 - b. Programar visitas sucesivas para ajustar medicación
 - c. Realizar tratamientos puntuales en hospital de día: diuréticos IV, ferritina, transfusión de concentrados de hematies...

Todas estas medidas se encuadran en el desarrollo de una Unidad de IC especializada que ofrezca todas estas medidas y la coordinación con Atención Primaria que es fundamental en el cuidado de estos pacientes. También se propuso realizar una base de datos que registre los reingresos por IC y causas desencadenantes, durante el año 2019.

Por último, se planteó desarrollar una vía clínica en el manejo hospitalario de la IC que englobe a todos los servicios implicados en el diagnóstico y tratamiento de la misma para unificar criterios de actuación y mejorar la calidad del tratamiento ofrecido a estos pacientes.

Teniendo como guía estos objetivos, hemos estado colaborando estrechamente el Servicio de Medicina Interna y el Servicio de Cardiología durante todo el 2019:

1. Se ha incluido en la agenda del Servicio de Cardiología una consulta especializada de IC, cuya actividad de detalla en un documento adjunto (anexo 1). Se remiten paciente con IC avanzada procedentes de Cardiología, MI (anexo 2) y recientemente se ha realizado un documento para que Atención Primaria pueda derivar sus pacientes (anexo 3).
2. Se está realizando actividad formativa, para el personal sanitario y para los pacientes ingresados, para que conozcan su enfermedad y como deben cuidarse. Se están elaborando unos folletos informativos que se entregaran a los pacientes.
3. En el informe de alta, se adjuntan normas claras y sencillas para el paciente respecto a la alimentación, toma de líquidos, pesarse todos los días y estilo de vida.
4. Los pacientes que ingresan por IC, al alta salen con cita para la consulta de IC en 15 días o para su cardiólogo en 1-2 meses.
5. Se ha realizado una base de datos (Anexo 4) donde se registran los pacientes que reingresan de forma precoz por IC. Se elaboró de forma conjunta con Medicina Interna, se están registrando los pacientes desde julio de este año.
6. Creación de un Grupo de trabajo de IC en el HRV para la elaboración de la vía clínica. Nuestro objetivo para el año 2020 es desarrollar de forma completa la unidad especializada de IC, para ello necesitamos:
 - Aumentar el número de consultas de seguimiento para los pacientes, tanto los dados de alta después de un ingreso como los derivados desde Atención Primaria o desde Especializada.
 - Dedicar tiempo a formación y colaboración con Atención Primaria, para dar a conocer el protocolo de derivación de pacientes, coordinarnos en el seguimiento de los pacientes al alta después de una descompensación cardíaca, es importante que Atención Primaria se implique en el seguimiento precoz. Nuestro plan es dedicar un tiempo en ir a cada centro de Salud para establecer una vía de comunicación y colaboración en el tratamiento de estos pacientes.
 - Desarrollar una consulta de Cardio-oncología, para seguimiento y tratamiento precoz de pacientes con cardiotoxicidad

REINGRESOS POR EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

1. Se ha diseñado un formulario para la recogida de información sobre los pacientes "caso". Se han recogido datos demográficos y de comorbilidad de 15 pacientes con más de 2 ingresos por EPOC (10 hombres -66,7%, edad media 73,5 años), desde enero de 2019 hasta octubre de 2019, en el servicio de neumología del HRV (tabla 2). Como puede apreciarse los pacientes reingresadores son aquellos que presentan insuficiencia respiratoria crónica, en tratamiento con oxígeno domiciliario. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas son hipertensión arterial, bronquiectasias con infección bronquial crónica, dislipemia, cardiopatía isquémica revascularizada y diabetes mellitus. Un tercio de los pacientes eran fumadores activos. 13 de 15 vivían en su domicilio con apoyo familiar y todos estaban polimedificados.
3. En una fase posterior, se analizarán las variaciones entre episodios iniciales y de reingreso de los niveles de gravedad y mortalidad y comorbilidades, al igual que la polifarmacia. Este apartado queda estudiado con los resultados obtenidos en el servicio de neumología del HRV.
4. Diseño de una vía clínica para el paciente con EPOC agudizada desde Urgencias hasta el alta hospitalaria, que incluye los siguientes puntos:
 - 1) Atención en urgencias
 - 2) Criterios de ingreso
 - 3) Criterios de tratamiento ambulatorio
 - 4) Continuidad asistencial

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ANEXO 1: Actividad en la consulta monográfica de Insuficiencia cardiaca.

Importancia de la existencia de la consulta de IC

La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad e involucra a todos los niveles del sistema asistencial; en los últimos años se han puesto en marcha las unidades multidisciplinarias de IC que han conseguido demostrar reducciones en los reingresos hospitalarios, en la mortalidad y por ende un menor coste sanitario. Como resultado de esto, las guías actuales de manejo de IC recomiendan su puesta en marcha con un nivel de evidencia IA.

En nuestro Hospital de momento no se dispone de una unidad multidisciplinaria de IC estructurada, sin embargo como un primer escalón en la formación de esta unidad, en el servicio de Cardiología hemos iniciado una consulta específica de IC que funciona de 2 a 3 días a la semana.

Servicios prestados en la consulta monográfica de IC

La consulta de IC está dirigida para la atención de pacientes con diagnóstico de IC tanto con fracción de eyección de ventrículo izquierdo reducida (FEVI) como preservada.

En esta consulta se realiza un seguimiento estrecho de los pacientes con IC que así lo ameritan por su situación basal, así mismo se realiza educación de los pacientes y familiares en el autocuidado de la enfermedad y se intenta optimizar al máximo el tratamiento médico con la titulación a dosis plenas de los fármacos modificadores de la enfermedad.

Se planifican también esquemas de tratamiento intravenoso periódico en el hospital de día a los pacientes que así lo requieran. Para esto utilizamos las instalaciones del hospital de día ya existente en la planta 3º de Medicina Interna. En los casos seleccionados que se precisen terapias avanzadas con dispositivos (desfibrilador implantable, terapia de resincronización cardiaca), se decide su indicación conjuntamente con la unidad de arritmias del servicio de Cardiología. En los casos que sea necesario se remiten los pacientes a la Unidad de IC y trasplante del Hospital Universitario Miguel Servet.

En la consulta de IC se realiza inicialmente una evaluación integral y presencial de cada paciente referido. Puesto que por el volumen de pacientes con esta patología no sería posible seguir a todos, según las características individuales y necesidades de cada uno se continuará el seguimiento en la consulta de IC o tras la valoración se derivará con recomendaciones específicas a la consulta pertinente. Siempre que sea necesario el paciente puede ser referido para una nueva valoración en la consulta de IC. 1

Actividad en la consulta de IC en el periodo entre febrero y septiembre de 2019

La consulta de IC con actividad continua 2-3 días a la semana se ha desarrollado desde febrero de 2019. A continuación indicamos el número de pacientes vistos en esta consulta así como algunos datos de la actividad realizada.

Número total de pacientes vistos en la consulta de IC.

-Desde el 01 de febrero de 2019 hasta el 30 de septiembre de 2019 se han visto un total de 170 pacientes con diagnóstico de IC.

Derivaciones al Hospital Universitario Miguel Servet.

-Se han derivado 9 pacientes para implante de dispositivos avanzados en IC. Implante de DAI-TRC.

-Se han derivado 2 pacientes para implante de prótesis aórtica percutánea.

-Se han derivado 2 pacientes para implante de dispositivo Mitraclip.

-Se han derivado 3 pacientes para seguimiento en la unidad de IC avanzada y trasplante cardiaco.

El seguimiento de estos pacientes en una consulta específica ha permitido una comunicación fácil y fluida con las distintas unidades de referencias del servicio de Cardiología del HUMS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Pacientes con protocolo de tratamiento intravenoso en hospital de día.
-Aunque estos datos son variables porque los pacientes pueden entrar o salir de estos protocolos según su situación clínica, en la actualidad tenemos a 8 pacientes que siguen protocolos periódicos de tratamiento en el hospital de día.

Estimación de reingresos por IC

-El seguimiento estrecho de los pacientes en esta consulta nos ha permitido obtener una baja tasa de reingresos por IC, teniendo en cuenta los pacientes vistos en una primera consulta a partir de febrero de 2019, solo 10 pacientes han tenido necesidad de reingresos hospitalarios por IC, suponiendo esto aproximadamente un 6% del total de pacientes vistos en la consulta.

Altas de la consulta de IC

-Los pacientes con buena situación clínica tras un seguimiento en consulta de al menos 6 meses y que cumplan criterios de alta de la consulta de IC se derivan a distintas consultas según el perfil de cada paciente (cardiología general, medicina interna, atención primaria). Desde febrero de 2019 se han dado de alta 15 pacientes.

Protocolos

Hemos realizado varios protocolos para un adecuado trabajo en nuestra consulta de IC:

- Protocolo de derivación desde primaria con sospecha de IC.
 - Protocolo de derivación a nuestra consulta monográfica de IC
 - Protocolo de derivación a consulta de IC avanzada del HUMS.
 - Protocolo de indicación de DAI y DAI-TRC en pacientes con IC.
 - Protocolo del manejo de la resistencia al tratamiento diurético en IC.
- Todos los protocolos se han desarrollado conjuntamente con el grupo de mejora de la calidad de atención del IC. Tenemos pendiente presentar estos protocolos a la comisión de Formación para que puedan estar disponibles para todo el Sector.

Conclusión

-Mantener la consulta de IC nos permitiría atender cada vez a más pacientes con esta patología y poder proporcionarles así un manejo óptimo, esto permitiría sin ninguna duda disminuir su mortalidad y morbilidad así como los altos costes que suponen los reingresos por esta causa. Es también un importante vínculo de comunicación fluida con la unidad de IC avanzada de referencia para la comunidad autónoma que permite optimizar el manejo integral de los pacientes con IC.

ANEXO 2: Protocolo de derivación de pacientes de nuestro centro a la Unidad de insuficiencia cardiaca avanzada y trasplante del Hospital Universitario Miguel Servet.

Introducción

-Existen situaciones en las que los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia cardiaca necesitan la valoración y/o seguimiento por una unidad de insuficiencia cardiaca (UIC) avanzada, ya sea por si en un momento dado pudieran ser subsidiarios de dispositivos cardiacos avanzados y trasplante cardiaco, o también en casos que precisaran esquemas de tratamientos que no se disponen en nuestro centro en la actualidad.

-Los pacientes que por su situación basal sean subsidiarios de valoración y seguimiento en la UIC de referencia deben ser remitidos en primer lugar a la consulta específica de IC de nuestro centro, tras la valoración en esta consulta serán referidos a la unidad de IC avanzada y trasplante del Hospital Miguel Servet.

-En el anexo 1 se indican algunas características que nos ayudan a identificar los pacientes que se deben remitir a la UIC avanzada de referencia,

A continuación se indican los criterios de derivación a la unidad de UIC avanzada de referencia.

- Pacientes con diagnóstico de ICC que se sean candidatos a trasplante cardiaco, en general < 70 años.
- ICC con estudio etiológico completo, con mala CF pese a tratamiento médico optimizado y que sean candidatos a seguimiento estrecho y tratamiento en ciclos en un Hospital de día de IC.
- Miocardiopatía dilatada isquémica con función sistólica VI severamente deprimida pese a revascularización o cualquier tipo de miocardiopatía (MCD no isquémica, MCH, MCR, DAVD) con síntomas de IC o marcadores de mal pronóstico (IRC, HTP, elevación progresiva de péptidos natriuréticos, arritmias ventriculares). Siempre que sean subsidiarios de trasplante cardiaco o dispositivos avanzados.
- Pacientes con valvulopatías severas e hipertensión pulmonar significativa persistente (estudiada con cateterismo cardiaco derecho) que sean candidatos a cirugía, para valorar protocolo de HTP previo a la intervención.

También indicamos los criterios de exclusión para derivar los pacientes a la UIC avanzada:

- Pacientes con importante comorbilidad que supongan un mayor riesgo de mortalidad por las mismas que por la IC.
- Entorno sociofamiliar deteriorado.
- Incapacidad mental para el cumplimiento de la educación sanitaria
- Falta de cumplimiento terapéutico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

-La comunicación se puede hacer por llamada directa al Hospital de Día de Insuficiencia cardiaca del HUMS (extensión 114501).

-El objetivo de la derivación a la unidad de IC avanzada sería tener una primera valoración a partir de la cual el paciente tenga su seguimiento en esta unidad si así lo amerita o sea remitido nuevamente a nuestro centro para seguimiento en la consulta de IC o Cardiología general según cada caso.

Los pacientes con IC avanzada que se deben derivar a la UIC avanzada de referencia pueden tener alguna de las siguientes características que nos orienten a su identificación:

- Síntomas de IC severos y persistentes con clase funcional (CF) NYHA III-IV.
- Disfunción miocárdica severa definida como: FEVI < 30%, disfunción aislada de ventrículo derecho, valvulopatía severa con dudas de ser subsidiaria de cirugía o con hipertensión pulmonar severa.
- Elevación persistente de péptidos natriuréticos con datos de disfunción diastólica significativa o alteraciones estructurales acordes a la definición de IC con FEVI preservada.
- Episodios de edema agudo de pulmón que hayan precisado tratamiento diurético intensivo, episodios de bajo gasto cardiaco que hayan necesitado tratamiento inotrope o ingresos con arritmias malignas. En general mas de 1 episodio en el último año.
- Pacientes que sean candidatos a implante de un desfibrilador automático implantable (DAI) o terapia de resincronización cardiaca (TRC).
- Disfunción orgánica extracardiaca secundaria a IC (hepatopatía, caquexia cardiaca, insuficiencia renal).
- Ausencia de comorbilidad importante que por si misma contraindique terapias invasivas avanzadas.

También podemos definir distintos criterios que nos deben alertar para referir a un paciente a la unidad de IC avanzada.

Criterios clínicos:

- Más de 1 ingreso por IC en el último año.
- CF NYHA III.
- Intolerancia a dosis óptimas de los fármacos modificadores de la enfermedad
- Necesidad de dosis incrementales de diuréticos.
- Caquexia, pérdida de peso no intencionada.
- Tensión arterial sistólica < 90 mmHg.
- Falta de respuesta a TRC.

Criterios analíticos

- Filtrado glomerular < 45ml/minuto.
- Potasio >5.2 o <3.5 mEq/L, hiponatremia (de forma persistente)
- Anemia
- NT proBNP basal > 1000 pg/ml o equivalentes.
- Hipoalbuminemia.
- Elevación de enzimas hepáticas.

Criterios de imagen

- FEVI <30%
- Áreas extensas de agnesia, disquinesia o aneurisma.
- Insuficiencia mitral moderada-severa.
- Disfunción de ventrículo derecho.
- Presión pulmonar sistólica > 50 mmHg.
- Insuficiencia tricúspide moderada-severa

ANEXO 3: Protocolo de derivación de pacientes con sospecha de Insuficiencia cardiaca desde atención primaria

La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad y su diagnóstico y tratamiento temprano mejoran el pronóstico de los pacientes. A continuación se indica la ruta asistencial cuando la sospecha diagnóstica se inicia desde atención primaria (AP).

-Paciente con sospecha clínica de IC por su médico de AP, se deben valorar los siguientes datos:

Buscar al menos uno de los siguientes criterios clínicos:

- Antecedentes de enfermedad cardiaca: IAM, cardiopatía isquémica crónica.
- HTA.
- Exposición a fármacos cardiotoxicos/radioterapia.
- Uso previo de diuréticos
- Ortopnea y disnea paroxística nocturna.

Buscar al menos uno de los siguientes datos a la exploración física:

- Estertores crepitantes, edema maleolar bilateral, soplo cardiaco, dilatación venosa yugular, latido de la punta con desplazamiento lateral.

Buscar signos en pruebas complementarias:

- ECG: cualquier anomalía.
- Rx. Tórax: cardiomegalia, signos de congestión pulmonar, redistribución vascular.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

En caso de que esté presenta al menos uno de estos signos se deberán solicitar niveles de BNP o NT-ProBNP:

En caso que los niveles de BNP sean > 35 pg/ml o NT-ProBNP> 125 pg/dl se realizará interconsulta electrónica a Cardiología y el paciente será citado en consulta de alta resolución en la que se realizará un ecocardiograma en el mismo acto.

Si los niveles son negativos se deberán buscar otras causas que expliquen los síntomas del paciente.

Si tanto la anamnesis como la exploración física y el ecocardiograma confirman la sospecha de IC, el/la paciente puede seguir las siguientes rutas:

-Paciente con disfunción sistólica VI en el ecocardiograma o en casos con FEVI preservada y presencia de valvulopatía significativa o sospecha de miocardiopatía primaria, el paciente se citará para continuar estudio en las consultas de Cardiología.

-Pacientes con sospecha de IC con FEVI preservada, descompensación actual por IC y comorbilidad importante se citarán para en consultas de Cardiología o Medicina Interna.

-Pacientes con sospecha de IC con FEVI preservada y estabilidad clínica se podrán remitir tras recomendaciones de ajuste del tratamiento para seguimiento en Atención primaria.

-En caso de que la exploración física y el ecocardiograma descarten la sospecha de IC el/la paciente se remitirán a Atención primaria para continuar estudio de su cuadro clínico.

ANEXO 4: Formulario de recogida de datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La tasa de reingresos por Insuficiencia cardiaca se ha reducido de un 18,9% a un 12,9%.

La tasas de reingresos por EPOC ha descendido de un 12,2% a un 11.23%

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1077 ===== ***

Nº de registro: 1077

Título
GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Autores:
JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN, ALIACAR MUÑOZ MARTA, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, FERRANDO VELA JUAN, GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO, JIMENEZ SAENZ JUANA, RAMOS D'ANGELO FERNANDO, SAURA HERNANDEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INSUFICIENCIA CARDICA, EPOC
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El envejecimiento de la población en España y en toda Europa ha hecho crecer la demanda de servicios sanitarios y sociales por parte de pacientes pluripatológicos que presentan enfermedades crónicas y alta comorbilidad. Uno de los indicadores en los que se refleja este mayor consumo de recursos es el ingreso hospitalario.

La tasa de reingresos hospitalarios (no programados) es un indicador de la calidad de la atención sanitaria habitualmente utilizado.

El reingreso hospitalario puede deberse a factores clínicos y sanitarios, factores relacionados con el paciente y su entorno social y familiar, factores relacionados con la enfermedad o una combinación de todos ellos.

Conocer estos factores permitiría identificar a las personas con mayor riesgo de reingreso no electivo y diseñar intervenciones más efectivas para el seguimiento de estos pacientes tras el alta. Existe una gran variedad de intervenciones para disminuir el riesgo de reingresos. En general, las intervenciones fundamentadas en la continuidad asistencial, parecen ser las actividades más efectivas. .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Nuestra intervención se hará en la insuficiencia cardiaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) por ser los dos procesos con mayor número de reingresos por causa médica en nuestro Sector. La tasa de reingreso puede identificar problemas de la calidad asistencial y posibilidades de mejora en estos dos procesos. Los servicios que participarán en el proyecto serán los que atienden a dichos procesos en el Sector. Los Servicios implicados en el proyecto serán Cardiología, Geriátrica, Medicina Interna y Neumología.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Confirmar los procesos con reingresos más frecuentes en los servicios médicos de los dos hospitales del Sector Zaragoza I.
- 2-Identificar los factores predictivos de los reingresos hospitalarios.
- 3-Proponer intervenciones efectivas para reducir el riesgo o número de reingresos hospitalarios.
- 4- Monitorizar los reingresos en los procesos definidos tanto por Servicio como por Sector.
- 5- Reducir la tasa de reingresos respecto a si mismos.

MÉTODO

- 1-Análisis de las patologías con reingresos más frecuentes, así como el tiempo de reingreso y la estancia en el ingreso.
- 2-Sesión formativa con expertos en codificación para definir el mejor indicador diagnóstico para lo que el proyecto pretende valorar.
- 3-Propuesta de intervenciones por Servicio con el objetivo de reducción de reingresos en aquellas patologías más frecuentes.
- 4-Valorar el efecto de las intervenciones sobre la tasa de reingresos.

INDICADORES

Según la evidencia disponible, podrían ser factores de riesgo del reingreso hospitalario los siguientes:

- 1-La morbilidad y comorbilidad.
- 2- Numero de ingresos hospitalarios previos.
- 3-La duración de la estancia hospitalaria.
- 4- Polifarmacia (tomar más de cinco medicamentos)
- 5- La capacidad funcional: limitación en las actividades de la vida diaria era un factor predictivo del reingreso hospitalario.

Estos factores permitirán clasificar a los pacientes con mayor riesgo de reingreso, realizándose la actuación en estos pacientes.

Los indicadores del proyecto serán la Tasa de reingreso antes y después de las intervenciones en el global de pacientes del Sector con insuficiencia cardiaca y EPOC, y de forma individualizada en cada Servicio.

DURACIÓN

- Mayo 2018- Presentación de la metodología de trabajo a los Servicios implicados.
Julio 2018-Resultados de tasa de reingresos antes de las intervenciones.
Septiembre 2018-Intervenciones generales y específicas por Servicios.
Marzo 2019-Resultado de tasa de reingresos después de las intervenciones.
Abril 2019-Comunicación de resultados a los Servicios implicados.

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 - 2019/0317

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA BOROBIÓ TOMAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PASCUAL PUEYO ANA
PAUL FUMANAL ANA
VIU SOTERAS MARIA JESUS
HERNANDEZ FLETA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Recopilar manuales de actividades de otras unidades y hospitales para comparar y completar el ya existente en nuestra unidad.
Levar a cabo reuniones de los miembros de este grupo para la puesta en común de ideas para actualizar el manual existente en la unidad. Se realizaron dos reuniones; una para definir las tareas del personal de enfermería y otra para el personal auxiliar de enfermería.
Reunión con la supervisora del servicio para comentar y discutir actualizaciones realizadas.
Reunión con todo el personal de la unidad para dar a conocer las actualizaciones del manual así como escuchar y llegar a acuerdos sobre cambios y modificaciones.
Actualización del manual de actividades realizadas en el servicio de Medicina Interna e implementación en la unidad.
Entregar una copia del nuevo cronograma de tareas a todos los miembros incluidos personal veterano de la unidad, de nueva incorporación, pool y personal de cirugía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El nuevo cronograma de tareas se presentó al 100% del personal veterano de la unidad para dar a conocer la actualización.
El cronograma de tareas actualizado se proporcionó al 100% del personal de nueva incorporación.
Se realizó un encuesta al personal de nueva incorporación y el 100% consideraba útil esta herramienta para su trabajo.
El cronograma de tareas actualizado se dejó a disposición del personal de cirugía y pool para su consulta.
Se dejó una copia impresa en el control de enfermería a disposición del personal en caso de dudas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se demuestra la utilidad de proporcionar un cronograma al personal de nueva incorporación, porque mejora la formación y disminuyen los errores, facilitando el trabajo del mismo al incorporarse en la unidad.
Se ve la utilidad de tener una copia en el control de la unidad para su consulta en cualquier momento por parte de todo el personal.
Facilita y orienta el trabajo en periodos de unión con el personal de cirugía.
Puesta en común en una reunión del personal de la planta para revisar puntos conflictivos en caso de que los hubiera

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/317 ===== ***

Nº de registro: 0317

Título
REALIZACION DE MANUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
BOROBIÓ TOMAS MARTA, PASCUAL PUEYO ANA, PAUL FUMANAL ANA, VIU SOTERAS MARIA JESUS, HERNANDEZ FLETA RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0317

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Otro Tipo Patología: MEJORA DE LA PRACTICA ASISTENCIAL. SEGURIDAD DEL PACIENTE
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

NECESIDAD DETECTADA: Realizar un nuevo manual de actividades del personal sanitario de la unidad de medicina interna del Hospital Nuestra Señora de Gracia

CAUSAS: Se han ido produciendo pequeños cambios en la organización de tareas de la unidad que no han quedado reflejadas en el manual actual.

Debido a la nueva incorporación de personal se observa que el manual de tareas existente en la actualidad no está actualizado.

Hay ciertas funciones que no están claramente definidas en el manual actual.

En periodo vacaciones (Navidad y verano) se unifican los servicios de medicina interna y cirugía por lo que sería necesario un nuevo manual de tareas y exponerlo al personal de cirugía.

SITUACIÓN DE PARTIDA: Existe actualmente un manual de tareas en los diferentes turnos para el personal sanitario.

IMPORTANCIA/UTILIDAD DEL PROYECTO: Plasmar en un nuevo manual de actividades las tareas a realizar por el personal sanitario en cada turno de trabajo, para mejorar la calidad asistencial de la unidad.

Dar a conocer a todos los profesiones el manual para trabajar todos de la manera mas similar posible.

RESULTADOS ESPERADOS

-Proporcionar el nuevo manual al personal tanto fijo en la unidad como de nueva incorporación, al personal de pool y al de cirugía.

-Mejorar la calidad asistencial en el servicio

MÉTODO

ACCIONES PREVISTAS:

Recopilar manuales de actividades de otras unidades y hospitales para comparar y realizar un nuevo manual de actividades en nuestra unidad.

Reuniones de los miembros de este grupo para la puesta en común de ideas para realizar un nuevo manual de actividades.

Se realizarían dos reuniones; una para definir las tareas del personal de enfermería y otra para el personal auxiliar de enfermería.

Reunión con la supervisora del servicio para comentar y discutir el nuevo manual.

Reunión con todo el personal de la unidad para dar a conocer el nuevo manual así como escuchar y llegar a acuerdos sobre cambios y modificaciones.

CAMBIOS PREVISTOS:

Realizar un nuevo manual de actividades realizadas en el servicio de medicina interna.

Implementación del nuevo manual en la unidad.

PLAN DE COMUNICACIÓN:

Entregar una copia del nuevo manual de tareas a todos los miembros incluidos personal veterano de la unidad, de nueva incorporación, pool y personal de cirugía.

Reunión con todo el personal de la unidad para dar a conocer las actualizaciones del manual así como escuchar y llegar a acuerdos sobre cambios y modificaciones

INDICADORES

El 90% del personal de nueva incorporación deberá recibir el manual de actividades del servicio.

El 100% del personal veterano de la unidad deberá recibir una copia impresa del nuevo manual.

DURACIÓN

Marzo-Junio: Actualización del manual de tareas de la unidad.

Junio-septiembre: Entrega del nuevo manual al personal de la unidad y a los miembros de nueva incorporación, pool y personal de cirugía.

Septiembre-noviembre: Evaluar la entrega y conocimiento por parte del personal de la unidad del nuevo manual. Así como modificar tarea del mismo si fuera necesario.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0317

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0655

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE PAZ ESPERANZA GRACIA LOBERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SILVA SAEZ SARA
REYES MONCLUS PATRICIA
LAFUENTE MORUGA BEGOÑA
FERRER COLERA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El proyecto se inicia en el mes de Febrero creando un grupo de trabajo multidisciplinar del servicio de Medicina Interna con reuniones semanales en las cuales realizaremos:

- Reparto de tareas
- Revisión de documentación de otros servicios y hospitales
- Puesta en común de la información recogida
- Elaboración del tríptico
- Redacción de encuesta de satisfacción del mismo

CRONOGRAMA DE LAS REUNIONES:

12 FEBRERO 2019: Primera reunión: Creación de grupo de trabajo, reparto de tareas y elaboración de cronograma.

- Dos componentes recogen información externa de otros centros sanitarios.
- Tres componentes realizan valoración y recogida de necesidades del servicio.

MARZO, ABRIL Y MAYO 2019: Elaboración del tríptico

7 Marzo: Puesta en común de la información recogida, datos obtenidos de otros trípticos que hemos consultado, así como de las necesidades que hemos detectado en nuestro servicio, prestando atención a observaciones de miembros ajenos a este grupo de trabajo.

21 Marzo: Esquema del tríptico, decidiendo los apartados a incluir y el orden de los mismos.

9 Abril: Redacción de cada epígrafe o apartado del contenido a incluir en función de los datos obtenidos anteriormente.

30 Abril: Continuación de la realización del documento priorizando la información más relevante.

7-21 Mayo: Búsqueda y clasificación de imágenes para reforzar la información aportada en el documento.

26 Mayo: Finalización de la maquetación y diseño del documento, y elaboración de la encuesta de satisfacción.

4 - 6 Junio 2019: Sesiones explicativas al resto del equipo y entrega del tríptico a los mismos.

SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE 2019: Implantación del plan.

- 15 Septiembre: Comienzo de entrega de trípticos a pacientes y familiares que ingresan en la unidad, y registro de esta entrega.

Realización de encuesta de satisfacción a las 48h.

- 15 Noviembre: Registro de datos obtenidos para su posterior evaluación.

NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2019: Evaluación de los datos recogidos y conclusiones.

Finalización y tratamiento de los indicadores propuestos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES Y EVALUACIÓN

- Número de pacientes/familiares a los que entregamos el tríptico del total de número de pacientes ingresados en la unidad en un período de tiempo determinado.
- Número de pacientes/acompañantes que han leído el tríptico del total de número de pacientes que lo han recibido.
- Número de pacientes/ familiares que consideran útil la información en el tríptico del número de pacientes que lo han leído.

Se entregaron 167 encuestas repartidas entre pacientes y familiares, de un total de 183 ingresos. Se recogieron a las 48 h del ingreso.

Leyeron el documento 142 pacientes/ familiares a los que se les entregó.

142 pacientes/ familiares consideraron útil la información.

con estos datos obtenemos las siguientes conclusiones:

El 91,25% de los pacientes/ familiares recibieron el tríptico en el momento del ingreso. De ellos el 85% lo leyeron, y el 100% de los que lo leyeron lo entendieron y encontraron de utilidad.

ENCUESTA DE VALORACIÓN DE TRÍPTICO DE ACOGIDA DE MEDICINA INTERNA

¿ Se le ha entregado el tríptico de información? SI NO

¿ Lo ha leído? SI NO

¿ Lo ha entendido y le ha sido útil? SI NO

¿ Quiere aportar alguna sugerencia u observación?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0655

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A través de la entrega de este tríptico pretendíamos:

1. Acoger al paciente dándole la bienvenida.
2. Reunir información concisa y clara sobre el funcionamiento del servicio.
3. Resaltar los beneficios de que la familia se implique en los cuidados del paciente colaborando en los mismos.
4. Insistir en la importancia de cumplir pautas terapéuticas: levantamientos, rehabilitación, aislamientos...
5. Recordar las normas de convivencia en el servicio: uso del baño, visitas, silencio, respeto...
6. Solventar dudas del paciente y acompañantes y ofrecer nuestra disponibilidad ante cualquier cuestión.
7. Aumentar el grado de satisfacción en la relación paciente y profesional tras el ingreso.

Con la entrega del tríptico hemos conseguido aportar información a casi la totalidad de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna (91.25%), marcándonos el objetivo de llegar al 100%. Nos hemos encontrado con familiares que no saben si lo recibieron, pues no estaban en el momento del ingreso.

Sólo el 85% de los pacientes / familiares que recibieron el documento lo leyeron. Nos planteamos como mejora insistir en la importancia de la información que recoge, dado que todos los que lo leyeron confirmaron la utilidad del mismo.

Hemos detectado la necesidad de implantar un canal de comunicación entre los pacientes / familiares para que nos hagan llegar sugerencias u observaciones al Servicio de Medicina Interna, por lo que nos planteamos abrir una vía en el futuro.

Estamos satisfechas con los resultados obtenidos y el grado de satisfacción de los usuarios, así como con la implicación del personal, siendo conscientes de la necesidad de llegar a la totalidad de los pacientes ingresados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/655 ===== ***

Nº de registro: 0655

Título
PROYECTO DE "PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA"

Autores:
GRACIA LOBERA PAZ ESPERANZA, SILVA SAEZ SARA, REYES MONCLUS PATRICIA, LAFUENTE MORUGA BEGOÑA, FERRER COLERA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Medicina Interna del Hospital Ntra. Sra. de Gracia acoge a pacientes con necesidades dispares debido a la gran variedad de patologías que se atienden.

También observamos necesidades diferentes en los pacientes por su diversidad cultural, económica y social.

En el funcionamiento actual del servicio se han detectado algunas carencias como falta de información acerca de horarios, visitas médicas, uso de las instalaciones, normas de convivencia y cuestiones administrativas.

Queremos aprovechar este documento para dar la bienvenida al paciente y tratar de mitigar la incertidumbre ante el proceso en el que se encuentra, la hospitalización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0655

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA

RESULTADOS ESPERADOS

A través de la entrega de este tríptico pretendemos:

1. Acoger al paciente dándole la bienvenida.
2. Reunir información concisa y clara sobre el funcionamiento del servicio.
3. Resaltar los beneficios de que la familia se implique en los cuidados del paciente colaborando en los mismos.
4. Insistir en la importancia de cumplir pautas terapéuticas: levantamientos, rehabilitación, aislamientos...
5. Recordar las normas de convivencia en el servicio: uso del baño, visitas, silencio, respeto...
6. Solventar dudas del paciente y acompañantes y ofrecer nuestra disponibilidad ante cualquier cuestión.
7. Aumentar el grado de satisfacción en la relación paciente y profesional tras el ingreso.

MÉTODO

El proyecto se inicia en el mes de Febrero creando un grupo de trabajo multidisciplinar del servicio de Medicina Interna con reuniones semanales en las cuales realizaremos:

- * Reparto de tareas
- * Revisión de documentación de otros servicios y hospitales
- * Puesta en común de la información recogida
- * Elaboración del tríptico
- * Redacción de encuesta de satisfacción del mismo

INDICADORES

- Número de pacientes/acompañantes a los que entregamos el tríptico del total de número de pacientes ingresados en la unidad en un período de tiempo determinado.
- Evaluaremos el nivel de satisfacción y comprensión del mismo entre todos los que lo recibieron.

DURACIÓN

Fecha de inicio: Creación del grupo de trabajo, Febrero 2019

Fecha de finalización: Tratamiento de los datos para la obtención de los indicadores propuestos: Diciembre 2019

-Marzo, Abril y Mayo 2019: elaboración del tríptico.

-Junio 2019: exposición del mismo mediante charlas explicativas al resto del equipo.

15 septiembre 2019.: Implantación de entrega del tríptico a todos los pacientes en el ingreso y registro de dicha entrega.

15 Noviembre 2019 a 15 Diciembre 2019: Valoración de trípticos entregados y realización de las encuestas de satisfacción.

OBSERVACIONES

Resaltar la heterogeneidad de pacientes en cuanto a edad, patología y diversidad sociocultural.

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 - 2019/0739

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN SOPORTE DIGITAL DE UNA GUIA BASICA DE TRABAJO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA LATORRE BARTOLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COMABELLA CALLIZO NATALIA
MARCEN NAVAS ANA CRISTINA
NAVARRO TEJERO BARBARA
PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA
PORRAS RODRIGO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se han realizado una serie de reuniones con los componentes del proyecto donde se definió la estructura que iba a tener la guía y donde se repartieron los servicios de los que se iba a realizar la guía básica. Se tuvo en cuenta aquellos servicios con presencia de enfermería y que son cubiertos por el personal del pool en alguna ocasión.

2. La metodología de trabajo realizada ha sido la utilización de una plataforma virtual donde se ha ido colgando el trabajo realizado por cada componente. Los documentos se iban corrigiendo por el resto del grupo hasta llegar al documento final de manera consensuada.

3. Una vez se daba por finalizado el documento se procedía a darle un mismo formato.

4. Se da por concluido el documento final en octubre de 2019.

5. Tras la finalización de la guía se presentó a nuestra supervisión para que diera difusión al resto de las supervisoras de enfermería y pudieran valorar la parte de la guía que perteneciera a su área de supervisión. Esto se llevo a cabo en octubre de 2019.

6. Una vez llegados a este punto y tras la autorización de la dirección del centro se podrá implantar en la red interna de documentos digitales del hospital para acceso a todo el personal.

7. La medición de los indicadores se realizó en enero de 2020.

8. La valoración de los indicadores se realizó en enero de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se considerará resultado correcto tener documentado un 80% de los servicios.

Se ha cumplido dicho indicador ya que se han incluido en la guía los servicios a los que enfermería, perteneciente al servicio de pool, ha cubierto en alguna ocasión. Puede quedar algún servicio fuera de la guía por no ser habitual nuestra presencia y no tener datos para poder realizar el documento correctamente.

2. Se considerará resultado correcto que el 100% de los supervisores de enfermería conozcan cómo acceder a la guía.

Se considera correcto el indicador habiendo hablado personalmente con varios de los supervisores y entregando a todos ellos una circular informativa para el conocimiento de dicha guía y su actual situación para acceder a la misma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración de esta guía se ha realizado con ilusión por parte de todo el grupo de trabajo ya que se ha visto que es un proyecto de gran utilidad. Nosotros mismos lo consultamos en numerosas ocasiones cuando nos mandan a un servicio en el que hace tiempo que no hemos estado.

Nos hemos encontrado a muchos compañeros que nos han pedido la guía de algún servicio por diferentes motivos y a los cuales se les ha facilitado al estar pendiente de integrar en la red interna del hospital para acceso de todo el personal. También se le ha ofrecido a compañeros de nueva incorporación para que la tuvieran de base para esos primeros días en un servicio nuevo recibiendo agradecimiento por ello al serles práctica.

7. OBSERVACIONES.

El documento se finalizó en octubre de 2019 pero hay que tener en cuenta que los servicios van introduciendo cambios en su manera de trabajar y que sería necesario la revisión de dicho documento para actualizar los cambios que hayan podido surgir de manera que sea un documento vivo y no quede obsoleto con el tiempo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0739

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN SOPORTE DIGITAL DE UNA GUIA BASICA DE TRABAJO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/739 ===== ***

Nº de registro: 0739

Título
IMPLANTACION EN SOPORTE DIGITAL DE UNA GUIA BASICA DE TRABAJO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Autores:
LATORRE BARTOLO SILVIA, PORRAS RODRIGO MARIA, PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA, NAVARRO TEJERO BARBARA, MARCEN NAVAS ANA CRISTINA, COMABELLA CALLIZO NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Trabajar en diferentes servicios debido a los procesos de movilidad interna, concursos de traslados, cobertura de bajas, vacaciones o formar parte de la Unidad de Pool... hacen necesaria la creación de una guía básica de los diferentes servicios del hospital, para que el personal de enfermería pueda desenvolverse en los primeros días de trabajo.
Este documento ayudaría a conocer el funcionamiento del hospital y permitiría identificar las características de cada servicio, facilitando los primeros turnos y disminuyendo la ansiedad del trabajador, así como aportando seguridad a los usuarios.
En el análisis de la situación, participó de forma cooperativa el personal de la Unidad de Pool a través de un documento editable y compartido, minimizando las reuniones grupales. Se utilizó el análisis DAFO, el Diagrama Causa-Efecto y la Técnica Nominal de Grupo.

RESULTADOS ESPERADOS
• Facilitar el acceso a una guía básica, que proporcione información sobre los servicios, al personal de enfermería.
• Mejorar la resolutiveidad, el sentimiento de competencia y reducir la ansiedad del personal de nueva incorporación a un servicio nuevo, con su consecuente repercusión en la seguridad y en la calidad asistencial del paciente.
• Favorecer el conocimiento del funcionamiento de los servicios por parte del resto del personal no perteneciente al mismo, de cara a decisiones ante una movilidad interna u otras situaciones.

MÉTODO
1. Creación de un grupo de trabajo.
2. Elaboración de un documento con las particularidades y puntos importantes de cada servicio.
3. Solicitar valoración de la supervisión de cada servicio para su aceptación.
4. Presentar el documento a la Dirección para su aprobación definitiva.
5. Determinación de los indicadores para valorar el proyecto.
6. Implantación de la guía en la plataforma adecuada para su consulta por parte del personal de enfermería del hospital.
7. Creación de una circular con información sobre la guía y posterior entrega a los supervisores para su difusión entre el personal de enfermería.
8. Creación de una encuesta para evaluar indicador del proyecto.
9. Medición de los indicadores.
10. Valoración de los resultados en el grupo de trabajo.

INDICADORES
1. Se considerará resultado correcto tener documentado un 80% de los servicios.
2. Se considerará resultado correcto que el 100% de los supervisores conozcan cómo acceder a la guía.
El registro y evaluación de los indicadores y la aplicación de medidas correctoras como mejora en los documentos o actualización de estos, pasarían a formar parte de las herramientas de mejora de la calidad por parte de Gerencia.

DURACIÓN
Es nuestra intención llevar a cabo este proyecto de mejora en un plazo de unos nueve meses. El Cronograma podría dividirse en las siguientes fases:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0739

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN SOPORTE DIGITAL DE UNA GUIA BASICA DE TRABAJO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

1. Creación del grupo de trabajo. (marzo 2019).
2. Elaboración de la guía. (marzo a junio 2019).
3. Aprobación del documento final. (julio 2019)
4. Determinación de indicadores para la valoración. (julio 2019)
5. Implantación del documento en la plataforma adecuada. (agosto-septiembre 2019)
6. Creación y entrega de la circular informativa a los supervisores (septiembre 2019)
7. Encuesta a los supervisores. (octubre 2019)
8. Valoración de los resultados en el grupo de trabajo. (noviembre2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0847

1. TÍTULO

SOPORTE VISUAL DE AREAS, SERVICIOS, PLANOS, CARROS DE PARADA Y UBICACIONES DE INTERES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE INMACULADA PALOMERO DE LOS RIOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO TEJERO BARBARA
FLETA GALVEZ SARA
SANTOLARIA SANCHO LAURA
URCOLA MONREAL ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Todas las actividades se llevan a cabo según el calendario previsto.

- 1.Creamos el grupo de trabajo y realizamos varias reuniones para darle forma al cuadríptico con toda la documentación que teníamos.
- 2.Elaboramos el cuadríptico mediante un programa informático.
- 3.Presentamos el cuadríptico a nuestra supervisora, al resto de supervisoras y a la Dirección del Hospital.
- 4.Elaboramos el cuestionario de satisfacción para entregar junto al cuadríptico.
- 5.Se realiza la medición de los indicadores y la valoración de los resultados según el calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.Se considerará resultado correcto una cobertura documental superior al 80%. Este indicador se ha alcanzado ya que el cuadríptico está completo.
- 2.Se considerará resultado correcto que el 100% de las supervisoras conozcan el cuadríptico. Este indicador se ha alcanzado ya que hemos hablado personalmente con todas las supervisoras y se les ha presentado el cuadríptico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración de este cuadríptico se ha llevado a cabo con ilusión por parte de todo el grupo de trabajo porque nos parece de gran utilidad para todo el personal de nueva incorporación. En el cuadríptico aparece la distribución del Hospital con los servicios y dependencias más importantes y la ubicación de los carros de parada, lo que sirve para disminuir la ansiedad del personal de nueva incorporación al facilitar la movilidad dentro del mismo. Así mismo, el conocer la ubicación de todos los carros de parada hace que mejore la atención de los pacientes ante una situación de emergencia y, en consecuencia, aumente su seguridad y la calidad asistencial al paciente.

7. OBSERVACIONES.

Hay que tener en cuenta que es un proyecto actualizable ya que en un futuro pueden producirse redistribuciones de los servicios o cambios en la ubicación de los carros de parada. En caso de que esto ocurriera debería actualizarse el cuadríptico.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/847 ===== ***

Nº de registro: 0847

Título
SOPORTE VISUAL DE AREAS, SERVICIOS, PLANOS, CARROS DE PARADA Y UBICACIONES DE INTERES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA, NAVARRO TEJERO BARBARA, FLETA GALVEZ SARA, SANTOLARIA SANCHO LAURA, URCOLA MONREAL ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0847

1. TÍTULO

SOPORTE VISUAL DE AREAS, SERVICIOS, PLANOS, CARROS DE PARADA Y UBICACIONES DE INTERES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Hospital Nuestra Señora de Gracia es el más antiguo de Aragón y como tal tiene una distribución interior diferente a otros hospitales más modernos. Además, es habitual que se incorporen nuevos trabajadores, ya sea para cubrir bajas, contrataciones de verano, nuevas interinidades, traslados... Por ello sería de utilidad disponer de un soporte visual, en forma de cuadríptico, que se entregaría al personal de nueva incorporación, sanitario o no sanitario, para orientarlos en esos primeros días. En el cuadríptico se facilita una imagen general de la distribución del hospital (servicios y dependencias más importantes) y la ubicación de los carros de parada, fundamental para mejorar la atención a los pacientes en caso de urgencia. Por ello se resaltaría en el cuadríptico sus ubicaciones. En el análisis de la situación participa de forma cooperativa personal de la Unidad de Corretornos a través de un documento editable y compartido, minimizando las reuniones grupales. Se utilizó el análisis DAFO, el Diagrama Causa-Efecto y la Técnica Nominal de Grupo .

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un cuadríptico que proporcione información básica sobre la distribución del hospital y de los diferentes servicios, para el personal de nueva incorporación.
Disminuir la ansiedad del personal que se incorpora a los distintos servicios, con su consecuente repercusión en la seguridad y en la calidad asistencial al paciente.
Mejorar la atención a los pacientes mediante el conocimiento de la ubicación de los carros de parada en casos de urgencia.

MÉTODO

1. Creación de un grupo de trabajo.
2. Elaboración de un cuadríptico para todo el personal .
3. Solicitar valoración de la supervisión de cada servicio para su aceptación.
4. Presentar el documento a la Dirección para su aprobación definitiva.
5. Determinación de indicadores para valorar el proyecto.
6. Implantación del cuadríptico para su utilización por parte del personal de nueva incorporación.
7. Creación de una encuesta para evaluar indicador del soporte visual.
8. Medición de los indicadores.
9. Valoración de los resultados en el grupo de trabajo.

INDICADORES

1. Se considera resultado correcto una cobertura documental superior al 80%.
 2. Se considerará resultado correcto que más de un 100% de los supervisores conozcan el cuadríptico.
- El registro y evaluación de los indicadores y la aplicación de medidas correctoras como mejora en los documentos o actualización de éstos, pasarían a formar parte de las herramientas de mejora de la calidad por parte de Gerencia.

DURACIÓN

Es nuestra intención llevar a cabo este soporte visual en un plazo máximo de seis meses. El Cronograma podría dividirse en las siguientes fases:

1. Creación del grupo de trabajo. (Marzo 2.019)
2. Elaboración del cuadríptico. (Abril- Junio 2.019)
3. Aprobación del documento final. (Julio 2.019)
4. Determinación de indicadores para la valoración (Julio 2,019)
5. Implantación del documento. (Agosto -Septiembre 2.019)
6. Evaluación de los indicadores.(Septiembre 2.019)
7. Valoración de los resultados en el grupo de trabajo (Octubre 2.019)

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 - 2019/0847

1. TÍTULO

SOPORTE VISUAL DE AREAS, SERVICIOS, PLANOS, CARROS DE PARADA Y UBICACIONES DE INTERES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0276

1. TÍTULO

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES ANCIANAS, VALORACIÓN DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION BLASCO GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ ABAD PEDRO
GAMBOA HUARTE BEATRIZ
CASALLO MONTECON CONSUELO
GALVE AGUDO BEATRIZ
CORRALES CARDENAL JORGE EDUARDO
MURILLO ERAZO CLAUDIA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 se han valorado 54 pacientes afectadas de cáncer de mama en un estudio observacional, de las cuales 27 se trataban de pacientes mayores de 75 años. Quince de ellas de 75 a 80 años y doce mayores de 81 años. Fueron valoradas por el servicio de geriatría 20 pacientes del grupo de mayor edad. Todas fueron valoradas a excepción de 2 pacientes que fueron desestimadas para cirugía por empeoramiento de sus patologías cognitivo-neurológicas en los últimos seis meses. En estos dos casos se estableció tratamiento con hormono-terapia y la decisión fue consensuada con la paciente, y en su defecto, sus representantes legales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El total de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama valorado en conjunto con el servicio de geriatría ha sido de 20 pacientes. La edad media de las pacientes 85'60. Moda de la muestra en el índice pronóstico MPI (mortalidad al año) es de 1 (baja mortalidad). De las 20 pacientes valoradas se realizó intervención quirúrgica en 14 de ellas, con un tiempo de demora desde el momento de la valoración hasta la realización de la cirugía con la mediana de 27 días, este dato quiere decir que el 50% se operó en menos de 1 mes desde que fueron valoradas. La mortalidad en el momento en que analizamos los resultados del proyecto de mejora realizado es del 0% a día de hoy.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este estudio pone en manifiesto que la edad elevada al diagnóstico de cáncer de mama no debe de ser excluyente para la cirugía. Al observar que la mortalidad no se ve aumentada. Al tratarse de pacientes pluripatológicas influyen otros procesos en el deterioro funcional y la morbimortalidad. Por lo que tras los resultados obtenidos, hemos introducido un nuevo protocolo en que las pacientes ancianas diagnosticadas de cáncer de mama serán evaluadas posterior al diagnóstico, por una unidad de geriatría para valorar indicación de cirugía, desde un equipo multidisciplinar. Por ello, actualmente contamos con un profesional especializado en geriatría del grupo de trabajo creado que participa en el comité de tumores como experto.

7. OBSERVACIONES.

Dados los resultados obtenidos en este proyecto de calidad, nos anima a seguir trabajando en dicho proyecto, por lo que vamos a realizar una consulta de seguimiento posterior, con un abordaje multidisciplinar coordinado desde los servicios de geriatría y ginecología. Promoviendo un control más estricto en estas pacientes y mejorando así la calidad asistencial.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/276 ===== ***

Nº de registro: 0276

Título
CANCER DE MAMA EN MUJERES ANCIANAS, VALORACION DE TRATAMIENTO QUIRURGICO

Autores:
BLASCO GIMENO MARIA CONCEPCION, RODRIGUEZ ABAD PEDRO, GAMBOA HUARTE BEATRIZ, CASALLO MANTECON CONSUELO, GALVE AGUDO BEATRIZ, CORRALES CARDENAL JORGE EDUARDO, MURILLO ERAZO CLAUDIA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0276

1. TÍTULO

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES ANCIANAS, VALORACIÓN DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La esperanza de vida en Aragón ha aumentado a 83,4 años para la población femenina según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) evidenciando que cada vez va a haber más población anciana que precise de recursos sanitarios en Aragón.

La esperanza de vida depende principalmente de los hábitos saludables de la población y del desarrollo y calidad de su sistema de salud, muy especialmente de la existencia o no de tratamientos preventivos para las enfermedades. Cuantos más años de vida tiene la mujer, mayores posibilidades tiene de padecer un cáncer en general, ya que la edad avanzada es un factor de riesgo para el cáncer porque el recambio celular continuo de las células que se vuelven "viejas" junto con la disminución de la inmunidad progresiva hacen que exista esta predisposición.

Muchas veces nos encontramos en el servicio de ginecología con pacientes de edad avanzada que presentan un bulto en el pecho, a veces descuidado en el tiempo sobre todo en pacientes institucionalizadas que además presentan otras patologías como artritis, hipertensión, insuficiencia cardiaca, alteraciones cognitivas, disminución en la movilidad,...que resulta diagnosticada de cáncer de mama. Es la familia de la paciente o la propia mujer la que rechaza ser intervenida de dicho cáncer.

En la actualidad se sabe que esta población anciana diagnosticada de cáncer de mama muchas veces se muere de este proceso oncológico, por ello nosotros debemos establecer cuando es necesario intervenir quirúrgicamente a estas pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo será tratar quirúrgicamente a la paciente anciana con cáncer de mama que sea tributaria de cirugía. La existencia de enfermedades asociadas, algunas desconocidas o en situación clínica inestable, junto con la presencia de fragilidad, sarcopenia y polifarmacia incrementan el riesgo en todas las intervenciones quirúrgicas. Objetivo principal: pacientes ancianas que han sido valoradas por el servicio de geriatría y tengan un índice pronóstico de mortalidad a un año.

Objetivos secundarios:

- Valoración del riesgo quirúrgico y sus complicaciones.
- Detección de situaciones que disminuyan los efectos adversos del tratamiento quirúrgico propuesto y otros tratamientos coadyuvantes que deriven.
- Manejo de la polifarmacia y posibilidades de la desprescripción.
- Detección de la fragilidad.

MÉTODO

El paciente geriátrico tiene unas especiales características propias del envejecimiento fisiológico, que hace necesaria una valoración especial, valoración geriátrica integral, donde se puede identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales. Por ello y en colaboración con el servicio de geriatría del HNSG se realiza una valoración para descubrir las pacientes que son candidatas a cirugía oncológica y las que no, mediante una escala de valoración que se aplicara en dicho servicio de geriatría.

INDICADORES

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama mediante estudios por imagen y biopsia tumoral mayores de 75 años a las cuales se les valorará con las siguientes escalas:

- Multidimensional Prognostic Index (MPI)
- Short physical performance battery (SPPB o test de Guralnik)
- Índice de Walter
- Índice de Goldman.

Se emitirá un informe de consulta externa por parte del servicio de geriatría que incluirá todos los pormenores de la valoración y se participara en el comité de tumores del hospital.

Se generará una base de datos de cuantas pacientes han sido intervenidas quirúrgicamente de su proceso oncológico según las escalas de valoración utilizadas.

DURACIÓN

Un año de inicio, insertándolo de forma continuista en el servicio de ginecología con colaboración de geriatría si resulta favorable para la paciente anciana con cáncer de mama.

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 - 2019/0216

1. TÍTULO

DESARROLLO DE VISOR PARA PC DE PRUEBAS REALIZADAS CON APARATOS OFTALMOLÓGICOS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ALEJANDRO BLASCO MARTINEZ
· Profesión OPTICO-OPTOMETRISTA
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATEO OROBIA ANTONIO
SORIANO PINA DIANA
DEL PRADO SANZ EDUARDO
LOPEZ LOPEZ MARIA DEL CARMEN
ALMENARA MICHELENA CRISTINA
PINILLA BOROBIAN JUAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como objetivos del proyecto de mejora nos propusimos conectar todos los aparatos a un sistema de visor de imágenes para PC llamado Forum, desarrollado por la empresa Zeiss.

En un primer momento, nuestro equipo del proyecto de mejora se encargó de contactar con los técnicos e informáticos de la casa Zeiss, para la instalación del programa Forum en todos los PC de nuestro servicio de oftalmología que fuese posible.

Después, contactamos con los proveedores de las casas y, en casos necesarios, con sus respectivos informáticos para que conectase a través de la red del hospital nuestros aparatos de pruebas diagnósticas oftalmológicas con el programa Forum.

Fue necesaria la coordinación de representantes de las casas, sus informáticos y los informáticos del Hospital Provincial.

Para la conexión de todos estos aparatos fue necesario un cable de red como único material para desarrollar el proyecto.

Esta conexión exitosa se llevó a cabo desde marzo del 2019 hasta mayo del 2019.

El resto del tiempo posterior se dedicó a prueba y resolución de errores y a pulir y automatizar el sistema entre nuestro personal.

Nuestro personal se encargó de cada día encender todos los aparatos y ordenadores del servicio, así como de dejar el programa Forum en activo y preparado para visualizar.

Al final de cada día laboral, otro personal se encargó de apagarlo todo para ahorrar energía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se consiguió enlazar al programa Forum de Zeiss los siguientes aparatos: OCT Maestro (Topcon), Microscopio especular (Topcon) y el Biómetro IOL Master (Zeiss).

Los aparatos Pentacam (Oculus) y Aberrómetro KR-1W (Topcon) se conectaron al servidor del hospital, dentro de la carpeta de oftalmología.

De esta manera se consiguieron visualizar todas las pruebas realizadas diariamente a través del PC, pudiendo beneficiarse de esto desde cualquier PC de nuestro servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La visualización de pruebas mediante este u otro programa de PC o medio reduce significativamente el gasto en papel y tinta, además de mejorar la calidad asistencial al poder visualizar las pruebas desde cualquier PC con conexión a internet y el programa instalado.

Es muy recomendable el uso de esta tecnología para reducir gasto hospitalario y mejorar la atención al paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/216 ===== ***

Nº de registro: 0216

Título
DESARROLLO DE VISOR PARA PC DE PRUEBAS REALIZADAS CON APARATOS OFTALMOLOGICOS

Autores:
BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO, MATEO OROBIA ANTONIO, SORIANO PINA DIANA, DEL PRADO SANZ EDUARDO, LOPEZ LOPEZ MARIA DEL CARMEN, ALMENARA MICHELENA CRISTINA, PINILLA BOROBIAN JUAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0216

1. TÍTULO

DESARROLLO DE VISOR PARA PC DE PRUEBAS REALIZADAS CON APARATOS OFTALMOLÓGICOS

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La unidad de Alta Resolución en Cirugía de Cataratas Ambulatoria (ARCCA), del H NTRA SRA Gracia, integra asistencia clínica pre y postoperatoria, docencia universitaria de los grados en medicina y optometría e investigación.

Para llevar a cabo todas estas actividades, se dispone de material de exploración especializado como el Keratograph 5M, OQAS II, aberrómetro, topógrafo, IOL Master, OCT, refractómetro y microscopio especular. Todos estos aparatos se usan diariamente, imprimiendo el resultado de las pruebas en impresoras conectadas en red local o mediante cable. Sin embargo, el gasto de tinta de impresora y papel es significativo, así como la necesidad de tener las pruebas físicamente en papel para obtener el resultado en consulta y tener que incorporarlas a la historia clínica en papel.

Es necesario aprovechar las nuevas tecnologías en red para optimizar los recursos y gastos de consumibles en la consulta de oftalmología. Al igual que ocurre con la historia clínica electrónica, actualmente ya se pueden vincular los resultados de algunas pruebas a un sistema protegido de datos vía red de internet.

RESULTADOS ESPERADOS

La mayoría de los equipos anteriormente descritos disponen de una conexión a internet. El objetivo es conectar todos los aparatos a un sistema de visor de imágenes para PC llamado Forum, desarrollado por la empresa Zeiss. Con esto se reduciría significativamente el uso de tinta de impresora y papel, mejorando además la disponibilidad de pruebas en todas las consultas del hospital Nuestra Señora de Gracia, así como en cualquier PC que tenga instalado el programa Forum desde cualquier hospital o consulta.

MÉTODO

Se analizarán los recursos necesarios para conectar cada aparato a internet.

Autoqueratorrefractómetro (Topcon): siendo el equipo más antiguo, requerirá adaptadores y técnicos especializados para las conexiones necesarias a internet.

OCT Maestro (Topcon): Actualmente ya dispone de conexión a internet. Al ser una empresa distinta de la del programa Forum (Zeiss) se requerirá software paralelo para la compatibilidad de la exportación de imágenes. Microscopio especular (Topcon): se requerirán cables de red para su conexión a internet, así como el mismo software paralelo del aparato anterior.

Biómetro IOL Master (Zeiss): ya dispone de conexión a internet. Al ser la misma empresa que el programa Forum, la vinculación es más sencilla. Se necesitará técnico de la casa para su instalación.

Topógrafo Pentacam (Oculus): Actualmente ya dispone de conexión a internet. Al ser una empresa distinta de la del programa Forum (Zeiss) se requerirá software paralelo para la compatibilidad de la exportación de imágenes.

Aberrómetro KR-1W (Topcon): Actualmente ya dispone de conexión a internet. Al ser una empresa distinta de la del programa Forum (Zeiss) se requerirá software paralelo para la compatibilidad de la exportación de imágenes. Se formará al personal de oftalmología (médicos, enfermería, auxiliares y optometristas) para la utilización de estas conexiones y la exportación de los resultados de pruebas al programa para garantizar su funcionamiento correcto a diario.

INDICADORES

La conectividad exitosa de cada aparato u ordenador al programa Forum y su visualización correcta de cada prueba serán indicativos de éxito. Se realizarán pruebas a diario con los aparatos comprobando que se pueden visualizar las pruebas.

Todas las mañanas un miembro del personal se encargará de enchufar todos los aparatos. En el último turno de tarde, otro miembro del personal se encargará de apagarlos todos.

Si hay alguna incidencia se encargarán de ponerse en contacto con el responsable del proyecto para que valore, qué profesional puede resolver el problema.

DURACIÓN

Fecha inicio: marzo del 2019, Fecha finalización: julio del 2019

Análisis del material físico necesario (hardware): marzo 2019. Responsable: María Carmen López

Contacto con proveedores y compra del hardware necesario: marzo 2019. Responsable: Eduardo Del Prado

Conexión del aparataje a internet y mejora de la estética de los cables utilizados mediante el uso de embellecedores anclados al rodapié: abril 2019. Responsable: Antonio Mateo

Contacto con técnicos especializados de las casas de cada aparato. Instalación del programa en todos los ordenadores de oftalmología: mayo 2019. Responsable: Diana Soriano

Prueba y solución de errores con la colaboración de los técnicos. Formación del uso del programa Forum: junio 2019. Responsable: Cristina Almenara

Formación al personal de oftalmología para el uso del programa Forum. Automatización de la exportación de pruebas: julio 2019. Responsable: Alejandro Blasco

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0216

1. TÍTULO

DESARROLLO DE VISOR PARA PC DE PRUEBAS REALIZADAS CON APARATOS OFTALMOLÓGICOS

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 - 2019/0373

1. TÍTULO

DETECCION DE ESPASMOS ACOMODATIVOS GENERADOS POR EL USO DE PANTALLAS Y SU TRATAMIENTO

Fecha de entrada: 06/01/2020

2. RESPONSABLE ELVIRA ORDUNA HOSPITAL
· Profesión OPTICO-OPTOMETRISTA
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHO REDONDO CARMEN
BAZAN GIMENEZ PABLO
SEGURA CALVO FRANCISCO
HERNANDEZ VIAN RUBEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo de este estudio es evaluar la acomodación en pacientes preprébitas (de 8 a 40 años) con problemas acomodativos, por el exceso de utilización de pantallas y dispositivos electrónicos, tras un plan de terapia visual de unos 3 meses de duración con ejercicios a realizar en casa.

Para dicho objetivo se realizaron las siguientes pruebas en una primera consulta de oftalmología ambulatoria en el Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia, siempre ofreciendo al paciente participar en el estudio firmando el consentimiento informado:

1. Medida del error refractivo sin cicloplejia.
2. Medida de la agudeza visual (AV).
3. Medida de las forias horizontales y verticales mediante Cover test y varilla de Maddox.
4. Medida de las vergencias fusionales horizontales y verticales con la barra de prismas.
5. Medida de la acomodación relativa negativa y de la acomodación relativa positiva (ARN/ARP).
6. Medida del punto próximo de convergencia (PPC).
7. Medida de la amplitud de acomodación (AA) monocular y binocular.
8. Medida de la flexibilidad acomodativa monocular (FAM) y binocular (FAB).
9. Medida de la fusión mediante el test de Worth.
10. Medida de la estereopsis.
11. Medida de la presión intraocular (PIO).
12. Medida del error refractivo bajo cicloplejia.
13. Revisión del fondo de ojo

Además, se establecieron diversos criterios de inclusión para este estudio:

- Pacientes preprébitas con AV mejor corregida superior a 0,8 en escala decimal (20/25 escala Snellen) en cada ojo.
- No existencia de ambliopía ni estrabismos.
- Defecto de refracción inferior a 5,00 D de esfera e inferior a 3,00 D de cilindro.
- Medios ópticos transparentes.
- Los pacientes debían realizar los ejercicios mandados para casa con constancia.
- Haber firmado el consentimiento informado.
- No padecer ninguna patología oftálmica ni sistémica.

Una vez diagnosticado el espasmo acomodativo, se les prescribió la realización de ejercicios 5 días a la semana durante unos 30 minutos a lo largo de 3 meses, tras los cuales se les citó otra consulta para valorar el estado de su acomodación en la que se repitió el examen de la primera visita.

En el plan de terapia visual utilizado con estos pacientes, se realizaron tanto ejercicios acomodativos como vergenciales, puesto que existe una estrecha relación entre la acomodación y la convergencia (relación AC/A). Dichos ejercicios fueron los siguientes:

- **TABLAS DE HART:** En este ejercicio, los pacientes debían colgar una tabla de mayor tamaño en la pared y sujetar una pequeña en su mano y, tapando un ojo en monocular y después el otro, leer de manera alternada una letra de la tabla de lejos y otra de la de cerca. Por último, repetir el proceso en binocular. 5 minutos por ojo y 5 en binocular.
 - **Trabajo del punto próximo de convergencia (PPC):** En este ejercicio se pedía al paciente que acercase un estímulo acomodativo hacia su nariz, generalmente un bolígrafo con letras, bien centrado entre ambos ojos. El paciente debía referir cuando apreciaba diplopía y se le pedía que en ese momento tratase de conseguir la fusión. Este ejercicio debía realizarlo 10 veces seguidas al día.
 - **CORDÓN DE BROCK:** se pedía al paciente que coloque el extremo del cordón en su nariz (el otro extremo se lo sujetará alguien o lo atará a algún soporte a la altura de sus ojos) y que acerque la bola roja hasta que refiera diplopía al mirar a dicha bola. Las otras dos bolas se dispondrán a distancias más alejadas en función de los datos vergenciales obtenidos de cada paciente. Una vez colocadas las bolas en su posición óptima, se pide al paciente que mire a las diferentes bolas de manera alternada. En todo momento debía tratar de apreciar la diplopía fisiológica. La diplopia fisiológica ocurre cuando fijando la mirada en un objeto, se aprecian los objetos situados más cerca o más lejos dobles.
- Al fijar en un objeto próximo (bola roja), las otras dos bolas se aprecian en diplopia homónima, es decir, la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0373

1. TÍTULO

DETECCION DE ESPASMOS ACOMODATIVOS GENERADOS POR EL USO DE PANTALLAS Y SU TRATAMIENTO

imagen situada a la derecha se verá con el ojo derecho (OD) y la izquierda con el ojo izquierdo (OI). Al fijar la mirada en un objeto lejano (bola verde) se apreciarán los objetos próximos en diplopia heterónima o cruzada, es decir, la imagen situada a la derecha se verá con el OI y la izquierda con el OD. Este ejercicio debía realizarlo durante 7 minutos cada día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se estimó que la prevalencia de los pacientes con problemas acomodativos, de entre 8 y 40 años, era de un 10% de la población que acudía a nuestras consultas ambulatorias.

En este estudio aceptaron participar 31 pacientes de todos los que se les propuso desde marzo hasta septiembre de 2019. De los 31 pacientes, 23 completaron el estudio tras los 3 meses de terapia visual en casa y 8 de ellos tuvieron que ser excluido debido a que no tenían la constancia necesaria de realizar los ejercicios de manera continuada.

Tras la comparación de todos los resultados optométricos de la segunda visita respecto a la primera, se apreció una mejora generalizada de todos los valores optométricos acomodativos y vergenciales.

En cuanto a la AV en visión lejana los pacientes con espasmo acomodativo mejoraron respecto a la visita inicial, que tras la terapia visual redujeron la pseudomiopía que presentaban. Este hecho puede apreciarse comparando los valores del equivalente esférico (EE) del OD y del OI al inicio y al final como se dio prácticamente en todos los pacientes, siendo mayor el cambio en aquellos que tenían el espasmo acomodativo más elevado al inicio. Como ejemplos, los pacientes 9 (EE OD inicial -5,50 D a EE OD final de 0,00 D y EE OI inicial - 5,50 D a EE OI final de +0,25 D) y 11 (EE OD inicial -4,00 D a EE OD final de +0,50 D y EE OI inicial -5,00 D a EE OI final de +0,25 D), los cuales presentaban miopías elevadas antes de la terapia visual, finalizaron el estudio tendiendo a la emetropía al desbloquear el exceso acomodativo que presentaban.

Tras el plan de terapia visual la AA mejoró en todos los pacientes del estudio tanto en monocular como en binocular relativa a su edad, así como los datos de la ARN y la ARP inicial y final que se normalizaron en todos los casos en los que una de las dos o ambas se encontraban reducidas. La FAB mejora en casi todos los pacientes del estudio pero en menor cuantía que la FAM.

Los datos vergenciales de los pacientes también mejoraron sustancialmente tras la terapia visual acomodativa que se realizó, ya que se redujo la distancia a la nariz del PPC en la mayoría de los casos consiguiendo valores normales. Lo mismo ocurre en las vergencias fusionales, especialmente en las positivas.

Los pacientes con espasmo acomodativo no eran capaces de relajar la acomodación antes de la terapia visual, fallando con lentes positivas. En visión lejana al retirar la lente negativa no podían recuperar la nitidez debido a la pseudomiopía que presentaban y en visión próxima les pasaba al colocar la lente de +2,00 D.

Así pues, los pacientes con exceso de acomodación presentaban un bloqueo de ésta de modo que la AA se encontraba anclada a una distancia determinada que solía coincidir con su distancia de trabajo habitual en visión próxima, normalmente la distancia a la que tenían la pantalla del ordenador, tablet o móvil. Entonces generaban una pseudomiopía debido a su incapacidad para relajar el cristalino, para la visualización de un determinado estímulo a mayor distancia, es decir, el foco de nitidez lo tenían a una distancia más corta de la necesaria generando borrosidad a distancias más lejanas. Por tanto, fallaban en todas las pruebas en las que se utilizaban lentes positivas que les hacían relajar la acomodación y soltar ese espasmo. En concreto, los valores de ARN, FAM y FAB con OD en lejos y +2,00 D en cerca se encontraban reducidos, además de la AV en los casos en los que la pseudomiopía era elevada.

Es decir, conforme el cristalino iba recuperando su capacidad de enfoque y desenfoque se iba reduciendo la pseudomiopía y, con ello, el EE tendiendo a la emetropía, manifestando una mejora de la AV en visión lejana.

Entonces los pacientes dejaban de acomodar en exceso, siendo capaces de encontrar la nitidez a cualquier distancia. Esta reducción del EE puede contrastarse con estudios como el realizado por Ciuffreda o Scheiman quienes también apreciaron dicha emetropización de los pacientes con espasmo acomodativo tras la terapia visual activa para el aumento de la AA, mediante ejercicios en casa, lo que hemos confirmado con nuestro estudio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En base a los datos obtenidos se puede extraer las siguientes conclusiones:

La terapia visual activa es útil para la normalización de los parámetros acomodativos, tales como la amplitud de acomodación, la flexibilidad acomodativa monocular y la flexibilidad acomodativa binocular, en todos los pacientes prepresbítas que padecen disfunciones acomodativas independientemente de su edad. En los pacientes que presentaban de exceso acomodativo mediante la utilización de la terapia visual se pudo desbloquear el espasmo consiguiendo la emetropización y consecuente mejora de la agudeza visual sobretodo en visión lejana.

Dada la importancia de la relación entre la acomodación y la convergencia, la realización de terapia visual vergencial y acomodativa ayuda de modo eficaz a la resolución del problema acomodativo, reduciendo el tiempo de tratamiento.

Todos los pacientes mejoraron su calidad de vida óptima eliminando los síntomas que padecían, como las cefaleas, borrosidad, astenopia o mareos, devolviendo una capacidad de enfoque nítida a cualquier distancia con su corrección subjetiva si la precisaban.

Con lo cual, es recomendable que las personas que trabajen con pantallas hagan cambios de enfoque cada 15-30 minutos intentando visualizar objetos lejanos a través de una ventana para prevenir el bloqueo de su cristalino. Y en pacientes que ya padecen dicho bloqueo acomodativo detectado en nuestras consultas ambulatorias pautar ejercicios simples, como los comentados en la memoria y sin coste económico, para que puedan ejercitar su musculatura ocular en casa y poner remedio a su disfunción, cada vez más frecuente en nuestra sociedad.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0373

1. TÍTULO

DETECCION DE ESPASMOS ACOMODATIVOS GENERADOS POR EL USO DE PANTALLAS Y SU TRATAMIENTO

*** ===== Resumen del proyecto 2019/373 ===== ***

Nº de registro: 0373

Título
DETECCION DE ESPASMOS ACOMODATIVOS GENERADOS POR EL USO DE PANTALLAS Y SU TRATAMIENTO

Autores:
ORDUNA HOSPITAL ELVIRA, SANCHO REDONDO CARMEN, BAZAN GIMENEZ PABLO, SEGURA CALVO FRANCISCO JAVIER, CASTILLO CASTEJON OLIMPIA, HERNANDEZ VIAN RUBEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Disfunciones acomodaticias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad se está detectando un aumento de espasmos acomodaticios generados por el uso de dispositivos y pantallas de la población joven. Este problema es generado debido a que el cristalino enfoca en visión próxima durante mucho tiempo, esa acomodación mantenida hace que el cristalino no sea capaz de desenfocar en visión lejana creando una pseudomiopía con sus correspondientes cefaleas y visión borrosa.

RESULTADOS ESPERADOS
Población de 8 a 40 años.
Búsqueda del porcentaje de población que padece esta patología, cada día más frecuente en la adolescencia.
Detectar el problema sin confundirlo con una miopía.
Tratamiento mediante ejercicios para enseñar al sistema visual a enfocar y desenfocar.
Evitar que el paciente vuelva a generar dicho espasmo y así evitar las cefaleas y visión borrosa.
Educar a la población joven en higiene visual.

MÉTODO
A los pacientes en la primera visita se les realiza el siguiente examen oftalmo-optométrico:
Toma de agudeza visual
Graduación subjetiva sin cicloplejia
Examen optométrico completo con toda la batería de test
Presión intraocular
Graduación bajo cicloplejia
Revisión de fondo de ojo
Ejercicios visuales que tendrán que realizar durante el tiempo previsto

INDICADORES
Porcentaje de pacientes menores de 40 años que padecen esta disfunción y tratamiento de éstos para disminuir su sintomatología y eliminar el espasmo acomodativo.

DURACIÓN
Marzo de 2019 a Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0373

1. TÍTULO

DETECCION DE ESPASMOS ACOMODATIVOS GENERADOS POR EL USO DE PANTALLAS Y SU TRATAMIENTO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0442

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL CALCULO DE LENTES INTRAOCULARES MEDIANTE EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS REFRACTIVOS TRAS CIRUGÍA DE CATARATA

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO SEGURA CALVO
· Profesión OPTOMETRISTA
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO REDONDO CARMEN
BAZAN GIMENEZ PABLO
ORDUNA HOSPITAL ELVIRA
GIMENEZ CALVO GALADRIEL
SORIANO PINA DIANA
ALTEMIR GOMEZ IRENE
FANLO ZARAZAGA ALVARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo principal del estudio fue determinar la fórmula más predictiva para el cálculo de la potencia de lentes intraoculares, así como los ajustes que fueran necesarios, en función de diferentes parámetros como la longitud axial o el modelo de lente.
En el estudio se incluyeron a pacientes intervenidos de cirugía de catarata que alcanzaron en la última revisión postoperatoria una agudeza visual con corrección de al menos 0,8. Se excluyeron aquellos con cualquier patología ocular o sistémica que pudiera afectar a su agudeza visual.
Se incluyeron en el estudio un total de 710 ojos, sobre los que se comparó el equivalente esférico teórico, obtenido con el biómetro IOL Master 700, con la refracción subjetiva final. Para ahondar más en los resultados se dividió la muestra en diferentes grupos en función de la longitud axial: ojos cortos (<22mm), largos (>25mm) y de longitud axial media (entre 22 y 25mm); y del modelo de lente intraocular: Tecnis ZCB00 (Abbott), EyeCee One (Bauch&Lomb), Micro+Al23 (PhysIOL).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los parámetros preoperatorios para el total de la muestra fueron de 23,42±1,17 mm de longitud axial, 3,07±0,39 mm de profundidad de cámara anterior, 4,59±1,41 mm de espesor del cristalino, 43,50±1,91 D de potencia del meridiano plano y 44,43±1,88 D de potencia del meridiano curvo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p<0,05) en la longitud axial (21,64±0,34 mm frente a 26,21±1,13 mm), profundidad de cámara anterior (2,73±0,30 mm frente a 3,47±0,35 mm), y potencias de los meridianos planos (44,99±1,47 D frente a 42,66±1,38 D) y curvos (45,91±1,45 D frente a 43,59±1,47 D) entre los grupos dependientes de la longitud axial (ojos cortos frente a ojos largos). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes modelos de lente intraocular.
El equivalente esférico subjetivo fue de -0,21±0,45 D para el total de la muestra, encontrándose diferente estadísticamente significativas en el grupo de ojos largos (-0,29±0,52 D), en las lentes EyeCee One (-0,42±0,43 D) y en las Micro+Al23 (0,00±0,40 D). La fórmula SRK/T fue la más precisa en el grupo de ojos largos (hipermetropizando 0,15±0,37 D) y la HofferQ para los ojos cortos (miopizando -0,13±0,45 D). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las fórmulas de cálculo en el grupo de longitud axial media ni para los diferentes modelos de lentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha observado una mayor predicción de la refracción con la fórmula SRK/T en los ojos largos y de la HofferQ en ojos cortos, así como una hipercorrección con la lente EyeCee One y una hipocorrección con la Micro+Al23.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/442 ===== ***

Nº de registro: 0442

Título
OPTIMIZACION DEL CALCULO DE LENTES INTRAOCULARES MEDIANTE EL ANALISIS DE LOS RESULTADOS REFRACTIVOS TRAS CIRUGIA DE CATARATA

Autores:
SEGURA CALVO FRANCISCO JAVIER, GIMENEZ CALVO GALADRIEL, ORDUNA HOSPITAL ELVIRA, SORIANO PINA DIANA, ALTEMIR GOMEZ IRENE, SANCHO REDONDO CARMEN, BAZAN GIMENEZ PABLO, FANLO ZARAZAGA ALVARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0442

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL CALCULO DE LENTES INTRAOCULARES MEDIANTE EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS REFRACTIVOS TRAS CIRUGÍA DE CATARATA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El envejecimiento gradual de la población en los últimos años ha generado un incremento en el número de cirugías de catarata. Concretamente, en la unidad de alta resolución de catarata ambulatoria (ARCCA) del Hospital Nuestra Señora de Gracia se realizan más de 20 cirugías diarias. La catarata constituye la opacificación del cristalino, ocasionando un déficit visual y una peor calidad de vida de los pacientes. En la actualidad la cirugía de la catarata busca, no sólo devolver la transparencia a los medios oculares, sino lograr la mejor situación refractiva según las necesidades del paciente, generalmente la emetropía. Para ello se pueden utilizar numerosas fórmulas de cálculo que determinan la potencia de la lente intraocular a implantar, en función de la anatomía del ojo y de las características de las lentes.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal será determinar la fórmula más predictiva para el cálculo de la potencia de lentes intraoculares, así como los ajustes que fueran necesarios, en función de diferentes parámetros como la longitud axial, queratometría, profundidad de cámara, modelo de lente... Se incluirán en el proyecto las pruebas realizadas a todos los pacientes intervenidos de cirugía de catarata en el Hospital Nuestra Señora de Gracia que alcancen en la última revisión postoperatoria una agudeza visual con corrección de al menos 0,8.

MÉTODO

Para llevar a cabo el análisis se utilizarán las pruebas realizadas tanto en la visita preoperatoria (biometría ocular) como en la revisión de alta postoperatoria (refracción). Tras la última visita, el personal incluirá los resultados en una base de datos propia, para su posterior análisis estadístico. No se generarán revisiones extras ni pruebas complementarias a las que se realizan habitualmente a los pacientes.

INDICADORES

Comparación del equivalente esférico teórico con la refracción subjetiva final, para cada una de las fórmulas y de los grupos a analizar (en función de los parámetros biométricos).

DURACIÓN

De marzo a diciembre de 2019 con posibilidad de continuación según los resultados obtenidos.

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 - 2019/0263

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAMA DE CELADORES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA Y CIRUGIA

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL TELLA MARIN
· Profesión CELADOR/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ORTOGERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLA MONTALVO MIGUEL
GARCIA MEDINA PILAR
NAVARRO ARNAS JAVIER
MONTERDE JAULIN CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza cronograma de actividades que se realizan en el servicio.

Se instala en el ordenador de la planta un PDF con toda la información para ser consultado por los celadores de paso por la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha informado a los celadores de paso por la unidad de la existencia del cronograma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El cronograma se ha realizado entre los celadores del servicio poniendo en comun las ideas para realizar mejor nuestro trabajo. Consideramos que lo mas importante, ya que es lo que mas dudas genera al personal de paso, es el apartado que se refiere a la movilizacion.

Se le entrega el documento realizado al Jefe de Celadores para que pueda entregar copia a los celadores que sustituyen a los del servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/263 ===== ***

Nº de registro: 0263

Título
GUIA DE CRONOGRAMA DE CELADORES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA Y CIRUGIA

Autores:
TELLA MARIN ISABEL, VILLA MONTAVA MIGUEL, GARCIA MEDINA PILAR, NAVARRO ARNAS JAVIER, MONTERDE JAULIN CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: geriatría, cirugía
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN EL ULTIMO AÑO EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA HA ACOGIDO A PACIENTES GERIATRICOS DE FORMA MAS CONTINUA A COMO LO VENIA HACIENDO, DANDO LUGAR A UNA REDISTRIBUCION DEL TRABAJO DESARROLLADO ANTERIORMENTE CON PACIENTES INTERVENIDOS DE CADERA Y PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DE ORL TRES VECES POR SEMANA. UTILIZANDO LOS MISMOS RECURSOS. POR TODO CONSIDERAMOS MUY NECESARIO ACTUALIZAR UN CRONOGRAMA DE LAS TAREAS REALIZADAS HASTA AHORA PARA PODER UNIFICAR CRITERIOS ENTRE LOS CELADORES DE LA UNIDAD Y TENER UN DOCUMENTO DE INFORMACION Y FORMACION PARA LAS/OS CELADORES QUE SE PUEBAN INCORAPORAR A LA UNIDAD TANTO DE FORMA TEMPORAL COMO DEFINITIVA.

RESULTADOS ESPERADOS
DISTRIBUIR EL TRABAJO A LO LARGO DE LOS TRES TURNOS DE FORMA EFICIENTE Y EFICAZ.
MEJORAR LA EFICIENCIA EN LA CALIDAD DE CUIDADOS A LOS PACIENTES INGRESADOS EN NUESTRA UNIDAD.
FORMAR E INFORMAR A TODOS AQUELLAS/OS CELADORES QUE ENTREN EN LA UNIDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0263

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAMA DE CELADORES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA Y CIRUGIA

MÉTODO

A LO LARGO DEL AÑO LAS/OS CELADORES DE LA UNIDAD IRAN APORTANDO IDEAS QUE SE ANOTARAN EN UNA HOJA EXCEL DISPUESTA EN ORDENADOR DEL TRABJO.

EL EQUIPO REALIZARA TRES REUNIONES EN EL AÑO PARA IR RECOGIENDO LAS IDEAS Y VALORAR QUE SU INTRODUCCION EN EL CRONOGRAMA CUMPLE LOS OBJETIVOS DE SER EFICACES Y EFICIENTES, Y A SU VEZ PODER IR UNIFICANDO CRITERIOS. YA EN LA ULTIMA REUNION: SE CONFIGURARÁ EL CRONOGRAMA DEFINITIVO

INDICADORES

% CELADORES/AS QUE SE LES HA PRESENTADO EL DOCUMENTO TANTO DE LA UNIDAD COMO DE PASO POR LA UNIDAD.
VALORACION DE LA EFICACIA DEL DOCUMENTO POR ENCUESTA DE VALORACION.

DURACIÓN

PROYECTO SE INICIARÁ CON UNA PRIMERA REUNION EN MARZO PARA CONIGURAR LA PAGINA EXCEL Y DEJARLA PREPARADA PARA ANOTACIONES DE NUEVAS IDEAS Y SE COLGARÁ EL CRONOGRAMA CON LAS TAREAS MAS GENERALES DE LOS TRES TURNOS.

2ª REUNION EN JUNIO DONDE SE REVISARÁ LAS IDEAS APORTADAS HASTA EL MOMENTO

EN NOVIEMBRE-DICIEMBRE SE REALIZARÁ LA ULTIMA REUNION PARA SU CONFIGURACION DEFINITIVA.

AÑO 2020 IMPLEMENTARLO EN EL SERVICIO Y CONFECIONAR Y VALORAR LA ENCUESTA DE VALORACION.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0253

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANTICOAGULACION EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ANA HERRERO EGEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
NAYA GALVEZ MARIA JOSE
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE
DAMBORENEA TAJADA JORGE
LABARTA VIÑALES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una sesión conjunta entre un representante del Servicio de Anestesia y todos los médicos del Servicio de Otorrinolaringología, en la que se ha explicado el protocolo a seguir en pacientes tratados con anticoagulación y/o antiagregación. Se ha elaborado un documento con el objetivo de que todos los médicos sepamos que tratamientos hay que suspender y en qué circunstancias hay que suspenderlos, dependiendo del tipo de cirugía, riesgo trombotico del paciente y/o riesgo hemorrágico del mismo; en el que especifica cada una de las actuaciones. También disponemos de algoritmos y esquemas en los que se pauta, dependiendo del fármaco, cuantos días antes de la cirugía hay que suspenderlos, si hay o no que suspenderlos, o si se sustituye por otro fármaco. Se ha recalado que esas pautas se las explicara al paciente el especialista en Anestesia en la consulta previa a la cirugía. En el caso que tenga un riesgo trombotico y/o hemorrágico adicional, se hará hoja de consulta al Servicio de Hematología.
En los procedimientos quirúrgicos de urgencia, también se han establecido las pautas a seguir por todos los médicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La realización de este proyecto ha permitido disminuir el número de suspensiones de pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente por inadecuada aplicación de las recomendaciones en individuos anticoagulados y/o antiagregados. Si los pacientes no se suspenden, están más satisfechos por la asistencia recibida y el índice de ocupación de quirófano es favorable. Si todos los médicos que atendemos al paciente conocemos la pauta de actuación en estas personas, podemos informarle al paciente y prevenir posibles suspensiones quirúrgicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las reuniones conjuntas con otros Servicios permiten enriquecernos científicamente a todos los médicos que prestamos asistencia sanitaria, y consecuentemente, mejorar nuestra calidad asistencial. El proyecto es sostenible, ya que disponemos de un documento en el que están las recomendaciones de actuación y se podría extender a otros servicios, revisando las circunstancias de la cirugía y del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/253 ===== ***

Nº de registro: 0253

Título
PROTOCOLO DE ANTICOAGULACION EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Autores:
HERRERO EGEA ANA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, LABARTA VIÑALES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Patología otorrinolaringológica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0253

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANTICOAGULACION EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Los pacientes anticoagulados o antiagregados que van a ser sometidos a intervención quirúrgica por parte del Otorrinolaringólogo, a veces tienen que suspender este tipo de tratamientos los días previos. En ocasiones se derivan a Hematología o a Anestesia para que le de las pautas correctas. Ha habido casos en los que no está claro que especialista es el que tiene que hacer esa recomendación.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un documento de cuando suspender la anticoagulación y/o antiagregación en pacientes que toman esta medicación y van a ser operado por parte del Servicio de Otorrinolaringología.

MÉTODO

Hacer una sesión conjunta con Hematología y Anestesia en la que elaboremos las pautas de suspensión de estos tratamientos anticoagulantes en pacientes sometidos a cirugía. Hacer hincapié en que especialista tiene que dar esas pautas a los pacientes.

INDICADORES

Pacientes en los que se ha suspendido la cirugía por no realizar bien las pautas de anticoagulación.
Pacientes operados que han realizado correctamente la pauta de anticoagulación.

DURACIÓN

En el primer semestre del 2019 se llevará a cabo la sesión conjunta con Hematología y Anestesia para elaborar las pautas en la anticoagulación antes de la cirugía otorrinolaringológica y las directrices en las explicaciones al paciente.
En el segundo semestre se llevará a cabo lo acordado en ese documento de actuación.

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 - 2019/1035

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UNA APLICACION MOVIL O PAGINA WEB PARA EL SERVICIO DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE ALEJANDRO URCOLA MONREAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. POOL ENFERMERIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Estudio de las diferentes alternativas de entornos de programación para creación de aplicaciones móviles. (Enero y febrero de 2019)

Prueba de diferentes métodos de creación de aplicaciones móviles. (Marzo y Abril de 2019)

Elección del método de programación de aplicación móvil: APP INVENTOR (Abril de 2019)

Inicio, familiarización y desarrollo de la interfaz de la aplicación (Mayo y Junio de 2019)

Desarrollo de la aplicación móvil: se recoge la información de la distribución de carga de trabajo y reparto de las tareas en todas las plantas del hospital nuestra señora de gracia. Falta por añadir los servicios de consultas externas y ampliar las opciones de la aplicación. (Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre de 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se estudia los diferentes entornos de programación y desarrollo de aplicaciones de móvil.

Se desarrolla una aplicación móvil en fase beta con un entorno sencillo.

Se añade la información relativa a las diferentes plantas del hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente terminar de incorporar la información relativa a las consultas externas del hospital.

Queda pendiente investigar mejoras en la aplicación para simplificar su manejo.

Queda pendiente conocer la opinión del resto de los trabajadores del hospital sobre la aplicación.

7. OBSERVACIONES.

Resulta complicado avanzar en el proyecto de mejora debido a la complejidad del mismo y a haber cambiado de contrato de trabajo, y por tanto, de hospital.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1035 ===== ***

Nº de registro: 1035

Título
DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UNA APLICACION MOVIL O PAGINA WEB PARA EL SERVICIO DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
URCOLA MONREAL ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Ninguna patología
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1035

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UNA APLICACION MOVIL O PAGINA WEB PARA EL SERVICIO DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de corretornos implica tener unos conocimientos globales sobre el funcionamiento de todos los servicios del hospital. Por ello, el año pasado se creó un Manual de Acogida que recoge las generalidades de cada uno de los servicios.

Con el fin de prestar unos cuidados de calidad, cada uno de los servicios del hospital actualiza sus protocolos, procedimientos, infraestructura, etc y el personal del servicio de corretornos debe conocer estos cambios y adaptar su forma de trabajar.

Para facilitar los conocimientos necesarios a todo el personal de este servicio, la creación de una aplicación de móvil o página web constituiría una herramienta muy eficaz debido a que hoy en día casi la totalidad de las personas dispone de acceso a internet.

Se propone crear una aplicación de móvil compatible con Android e IOs o una página web que permita visualizar de forma sencilla este contenido. Para ello se valorará emplear una plataforma de diseño web o de aplicación móvil que agilice el trabajo. Una vez puesta en marcha la aplicación o página web se llevará a cabo una evaluación de la misma por parte del personal del servicio de corretornos.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: desarrollar una aplicación o página web que permita al servicio de corretornos desarrollar sus funciones de una forma más eficaz, al disponer de toda la información de los diferentes servicios del hospital en un soporte informático.

Objetivos secundarios:

Aumentar la satisfacción laboral del personal de corretornos del hospital provincial proporcionando una herramienta de trabajo que permita conocer más en profundidad los servicios del hospital.

Actualizar la práctica de la enfermería mediante el uso de nuevas tecnologías.

Ayudar en la integración del hospital a personal recién incorporado al servicio de corretornos.

Favorecer la práctica de enfermería basada en la evidencia utilizando en el trabajo diario guías de práctica clínica y protocolos de actuación recogidos en el manual de acogida.

MÉTODO

- 1.- Búsqueda de entornos de programación que permitan crear una aplicación móvil en IOs y Android o una página web.
- 2.- Estudio de los diferentes entornos de programación para encontrar el más adecuado y valorar si es más conveniente realizar una página web o una aplicación de móvil.
- 3.- Diseño en papel de la aplicación de móvil o página web con sus diferentes secciones, pestañas y relaciones entre sí.
- 4.- Programación y creación de la aplicación de móvil o página web.
- 5.- Publicación de la página web o aplicación móvil en internet y distribución al personal sanitario.
- 6.- Valoración de los usuarios de la aplicación o página web mediante un cuestionario.

INDICADORES

Para medir la utilidad de la aplicación se ofrecerá el uso de la herramienta al personal del servicio de corretornos del hospital.

Se considerará un resultado correcto una cobertura superior al 50% del personal del servicio de corretornos.

Se considerará un resultado correcto que el 100% de los supervisores conozcan la existencia de la aplicación. El registro y evaluación de los indicadores y la aplicación de medidas correctoras como mejora de la aplicación o página web pasarán a formar parte de mejora de la calidad por parte de Gerencia.

DURACIÓN

Se considera que es necesario un plazo mínimo de 10 meses, siendo difícil pronosticar un periodo de tiempo máximo por las complicaciones e imprevistos que puedan surgir durante la creación de esta herramienta. Cronograma de los tiempos de trabajo:

- 1.- Creación del grupo de trabajo (Abril 2019)
- 2.- Búsqueda de entornos de programación, diseño web y valoración de los mismos (Mayo - Junio 2019)
- 3.- Diseño de la aplicación o página web en papel (Junio - Julio 2019)
- 4.- Creación de la aplicación o página web con el entorno de programación elegido (Agosto - Noviembre 2019)
- 5.- Prueba de la herramienta final obtenida en el personal y valoración de los usuarios y supervisores (Diciembre 2019)
- 6.- Evaluación de los indicadores (Enero 2019)
- 7.- Valoración de los resultados (Enero - Febrero 2019)

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1035

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UNA APLICACION MOVIL O PAGINA WEB PARA EL SERVICIO DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

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 - 2019/1162

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR MOREO BERGADA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONGE DE MIGUEL JACINTO
ANDRES GARCIA PILAR
LANAU PUEYO MARIA JOSE
RODRIGO VILLAMAYOR FRANCISCO JOSE
FRANCO CATALAN CONCEPCION
BRINQUIS FELICES ISABEL
BLANCO LATORRE MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, tiene medias indirectas que indican una elevada satisfacción de la población diana: la propia adherencia al Programa de las usuarias, las opiniones de los profesionales sanitarios e incluso la repercusión en medios de comunicación y otros foros.

En 2019 se ha pretendido medir de la forma lo más objetiva posible esta satisfacción de las usuarias, y poder detectar áreas de mejora preguntando directamente a la mujer, mediante una encuesta de satisfacción única para las Comunidad Autónoma, aunque el programa tiene unidades de coordinación en el ámbito de la provincia y los resultados se analizan en este ámbito.

Febrero-abril 2019, consulta y búsqueda bibliográfica de encuestas realizadas en los programas de cribado mamográfico y se elabora un diseño de borrador consensuado por las responsables de las tres provincias.

Mayo de 2019, reunión de equipo de las responsables del programa de las tres provincias, para consensuar criterios, diseñar un formato único, y concretar la metodología. Se invita a la mujer que acuda a hacerse mamografía a la Unidad Móvil y Fija a que rellene una encuesta anónima y voluntaria, que se depositará en una urna de cartón precintada instalada fuera del habitáculo de trabajo. consta de 8 preguntas cerradas a contestar con cruces y una abierta para recoger sugerencias de mejora en áreas no exploradas.

Junio 2019, reunión de equipo de trabajo en cada una de las tres provincias (auxiliares administrativos, Técnicos de radiodiagnóstico, y médico responsable del programa), para explicar metodología de la encuesta y aportar sugerencias

Septiembre 2019, se diseña una urna, precintada, y un cartel invitando a participar a las usuarias con el lema: "Ayúdanos a mejorar, tu opinión nos interesa. Cumplimenta la encuesta. Gracias por colaborar".

Cuarto trimestre inicio y desarrollo del trabajo de campo en unidades de cribado mamográfico

Diciembre: recogida de las encuestas (Técnicos especialistas en radiodiagnóstico en la Unidad Móvil), registro en Excel XP para explorar los datos de la encuesta (auxiliar administrativo), y evaluación final por parte de la responsable del programa.

Enero de 2020, está previsto reunión de las responsables de las tres provincias, para valoración final y resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En Zaragoza se han realizado 75 encuestas en la Unidad Móvil (zonas de Salud de Sástago y Tauste) y 105 en la Fija (Hospital Ntra. Sra. de Gracia, zonas de salud urbanas).

La participación sucesiva regular (Tasa de adhesión) en el programa es de 92,5%.

ACCESIBILIDAD: % Satisfacción con la información que se proporciona:

El contenido de la carta pareció claro y comprensible: 96,7% (ninguna respuesta negativa, el resto hasta 100% en blanco).

En caso de contactar por teléfono: el 15 % tuvo que hacer más de un intento para contactar. Es importante que 5 % no pudieron contactar telefónicamente

El correo electrónico: Un 6,1 % afirman haberlo utilizado y opinan que se contestó rápidamente

RESPETO Y CUIDADO DEL PACIENTE: % de las mujeres que están satisfechas con el trato recibido:

98,9 % con mucha amabilidad o correcto; 81,7 % mucha amabilidad, y el 17,2 % correcto

CONFORTABILIDAD: % de mujeres que valoran positivamente.

El 22,8 % muy cómodo

el 57,8 % bastante cómodo; 18,3 % poco cómodo (la mayoría se refieren a la unidad móvil)

DEMORA RESULTADOS (Percepción)

60 % de mujeres les parece adecuado el tiempo que tardan en recibir los resultados, 0,6% opinan que excesivamente largo. Un 20,6% no contestó la pregunta.

VALORACIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA: % global de grado de satisfacción del Programa

satisfechas o muy satisfechas el 98%, (el 64% muy satisfechas)

SUGERENCIAS RECOGIDAS EN LA ENCUESTA (pregunta abierta)

- Unidad móvil: quejas sobre el lugar de espera (5/75)

El resto de sugerencias van relacionadas con criterios técnicos en los que la opinión de la usuaria es menos valorable (hacer mamografías anuales, disminuir el dolor...)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Alta satisfacción global del programa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1162

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

-Es necesario mejorar la accesibilidad telefónica. Consideramos que es poco deseable que un 5 % de las usuarias no hayan podido acceder telefónicamente. El correo electrónico se empieza a utilizar y es útil para mejorar la accesibilidad.

- El respeto y cuidado es valorado positivamente.

-La confortabilidad es bien valorada en la Unidad Fija. En la móvil puede haber margen de mejora, a valorar dado lo reducido del espacio.

- El tiempo de demora de resultados es valorado globalmente como favorable, pero es de interés explorar los tiempos del proceso completo de resultados

La información de la encuesta de satisfacción nos es muy valiosa para mejorar los procesos de atención. Revela áreas de oportunidad, potencia los aciertos, favorece la fidelización porque las usuarias saben que se escucha su voz y que preocupa mejorar. La innovación en la gestión no siempre requiere de medidas espectaculares ni costosas, pararse a pensar en la organización del trabajo y explorar la opinión de los usuarios, permite hacer cambios en el entorno que mejoran la calidad de la asistencia que se presta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1162 ===== ***

Nº de registro: 1162

Título

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PDPCM MEDIANTE ENSUESTA DE SATISFACCION

Autores:

MOREO BERGADA PILAR, MONGE DE MIGUEL JACINTO, ANDRES GARCIA PILAR, LANAU PUEYO MARIA JOSE, RODRIGO VILLAMOR FRANCISCO JOSE, FRANCO CATALAN CONCEPCION, BRINQUIS FELICES ISABEL, BLANCO LATORRE MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Detección precoz cáncer de mama
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Satisfacción

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Programa de detección precoz de cáncer de mama en Aragón comenzó a finales de 1996 y se extendió de forma progresiva a toda la Comunidad Autónoma hasta alcanzar una cobertura total en 1999. Su misión se basa en detectar precozmente el cáncer de mama para lograr una mayor supervivencia y una mejor calidad de vida en mujeres de la población diana (50 a 69 años residentes en Aragón).

Se trabaja en dos unidades fijas (Zaragoza y Huesca) y tres unidades móviles provistas de mamógrafo que se desplazan a todas las cabeceras de Zona de Salud de Aragón mejoran la accesibilidad de las usuarias al Programa de forma fundamental, siendo este uno de los motivos que contribuyen a una valoración muy positiva por parte de usuarias, profesionales sanitarios y también por la población general.

Se tienen medidas indirectas de esta satisfacción a lo largo del tiempo: la propia adherencia al programa, comentarios de prensa, felicitaciones verbales y telefónicas... Pero también se han recogido sugerencias y reclamaciones que, aunque escasas, son la demostración objetiva de que es necesario mejorar en algunos aspectos como en la accesibilidad telefónica, pero sobre todo en el trato a la usuaria y en la información que se le proporciona.

Se pretende en 2019 medir de forma lo más objetiva posible esa satisfacción de las usuarias y detectar áreas de mejora preguntando directamente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Medir la satisfacción de la usuaria del PDPCM:
- o Con la información que se le proporciona
- o Con el trato personal que recibe (amabilidad, educación, cortesía)
- o Con la espera para realizar la prueba
- o Con la confortabilidad de las instalaciones
- o Con los plazos de demora de resultados
- Detectar áreas de mejora de forma objetiva

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1162

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

MÉTODO

Se va a diseñar una encuesta, corta, visual, anónima. Preguntando por los aspectos que se pretende testar, valorando hacerlo a través de una escala Likert o algún sistema de la misma sencillez. Se entregará la encuesta a la usuaria cuando acuda a realizarse la mamografía, dándole la oportunidad de depositarla en una urna o buzón colocado fuera del recinto para facilitar el anonimato y dar mayor libertad de respuesta a la señora.

La encuesta terminará con una pregunta abierta, general para poder detectar mejoras en áreas no exploradas directamente.

Análisis estadístico de las encuestas recogidas

INDICADORES

% participación sucesiva regular (separada por provincias) > 85%

% satisfacción con la información que se proporciona >90%

% mujeres satisfechas con el trato >95%

% mujeres satisfechas con la espera >90%

% mujeres que valoran positivamente la confortabilidad de las instalaciones (Unidad móvil>80%; Unidad fija >90%)

% mujeres satisfechas con la demora en recibir resultados >80%

DURACIÓN

1º y 2º trimestre: Diseño de la Encuesta

Mayo / Noviembre: se invitará a todas las participantes en el Programa a responder la encuesta

Diciembre: análisis estadístico de las encuestas, identificación de áreas de mejora y planificar actividades para la mejora

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 - 2019/0493

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) Y SUS FAMILIARES

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA TOMELO FERRER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GARCIA ESTELA
HORNIA DURO MARIA CARMEN
GALAN SAN MARTIN ANA MARIA
GARCIA ALDA BEGOÑA
GOMEZ ALVAREZ AZUCENA
ORNAT JORDAN PILAR
SOLANS GARCIA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- ELABORACIÓN DEL TRIPTICO DE ACOGIDA.
- LA MUESTRA SELECCIONADA SON LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UTPCA Y FAMILIARES.
- ENTREGA DEL TRIPTICO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EL DÍA DEL INGRESO AL PACIENTE Y FAMILIA.
- INFORMACION AL PERSONAL DEL SERVICIO DEL TRIPTICO ELABORADO MEDIANTE REUNIONES DE EQUIPO.
- ELABORACION Y ENTREGA DE ENCUESTA DE SATISFACCION A PACIENTE Y FAMILIARES.
- RECOGIDA DE ENCUESTA DE SATISFACCION A LOS 5 DIAS DE INGRESO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO MARCADO al 100%
- Reunión de Equipo para creación de grupo de trabajo: mayo 2019
- reunión de equipo para consensuar criterios, revisión de otros trípticos y demás documentos: mayo 2019
- Elaboración del tríptico y encuesta de satisfacción: junio de 2019
- Elaboración de power point para la presentación del documento a todo el equipo.
- Presentación del tríptico en la Unidad: junio de 2019.
- Distribución del tríptico: octubre de 2019.
- Entrega de las encuestas el quinto día de ingreso: octubre de 2019.
- Recogida de datos mediante encuesta: desde octubre 2019 hasta enero 2020
- Realización de memoria y conclusiones: enero 2020.

MATERIAL PARA DESARROLLAR EL PROYECTO:

- El material utilizado tanto en el diseño del tríptico como en la encuesta ha sido mediante formato papel.
- Se ha utilizado soporte digital a través del formato power point para la difusión de la información entre los profesionales del equipo

RESULTADOS ALCANZADOS::

- Al 100% de los pacientes y familiares les ha sido entregado el tríptico y encuesta de satisfacción.
- Un 85/% de los pacientes y familiares rellenan la encuesta de satisfacción.
- Los pacientes y sus familias al recibir información breve y concisa del funcionamiento de la unidad, se sienten menos ansiosos y más seguros en un entorno que a priori desconocen.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Dada la peculiaridad de la unidad, en la cual se realizan pocos ingresos ya que su estancia es de dos o tres meses, la muestra de pacientes es pequeña.
- La valoración global del proyecto por parte del equipo implicado es positiva.
- según los resultados obtenidos consideramos que el tríptico de acogida es una herramienta útil para transmitir una gran cantidad de información al paciente y su familia a su llegada a unidad.
- Podemos afirmar que los pacientes y su familia se sienten mejor informados. Estamos satisfechos con la acogida del tríptico y los resultados obtenidos hasta el momento.
- Como conclusión general podemos decir que la utilidad del tríptico ha sido beneficiosa para el paciente y su familia.

7. OBSERVACIONES.

Este tríptico forma parte y está incluido en la documentación informativa de la unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0576

1. TÍTULO

DESARROLLO DE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE SESIONES GRUPALES DE ENFERMERIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS DE LA U. DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) DEL H NTRA SRA DE GRACIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA MARTIN RIDRUEJO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUINTA AGUZA CRISTINA
SOLANS GARCIA ANA
MARTINEZ PLANAS ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo planteado en el proyecto, se han realizado sesiones grupales dirigidas por personal de enfermería especialista en salud mental con contenido psicoeducativo. Las sesiones han tenido una frecuencia semanal, con una duración de la sesión mínima de 90 minutos. Se ha cumplido con el calendario marcado, salvo durante el mes de agosto, en el cual, debido a las vacaciones de los profesionales implicados, se paralizó la actividad. El día de la semana escogido para la actividad fue el miércoles, en horario de 12:30 a 14:00 horas. Cuando ese día ha coincidido con festivos laborables o asistencia a jornadas científicas o cursos por parte de los profesionales implicados, la sesión, en la mayoría de ocasiones se ha cambiado de día de la semana en cuestión, dependiendo de la disponibilidad de la sala donde se desarrolla la actividad. Los recursos empleados se han basado en recursos humanos (2 enfermeras), materiales (sala San Jorge con mesa y sillas, ordenador y proyector) y psicoeducativos. El contenido de las sesiones ha sido muy variado, abarcando temas de habilidades sociales como la empatía y la asertividad, gestión de la ansiedad, mejora del afrontamiento eficaz de problemas, resolución de conflictos, educación para la salud, hábitos de vida saludables y establecimiento de rutinas adecuadas para la prevención de crisis, etc. En todas las sesiones se ha buscado la participación activa de los asistentes, ya sea mediante representación de tipo role playing de casos prácticos propuestos por el personal, o resolución de conflictos de la vida diaria expuestos por los pacientes. Asimismo se han ido resolviendo dudas planteadas sobre los temas expuestos teóricamente. Se han generado múltiples presentaciones teóricas en formato power point para cada sesión con los temas nombrados anteriormente. Cuando los pacientes han solicitado disponer de ese contenido teórico, se les ha enviado vía mail un resumen del mismo. El equipo de enfermería ambulatoria se ha reunido en varias ocasiones para preparar el programa, evaluar su evolución y analizar el impacto en los pacientes y la utilidad de los temas que se iban trabajando. Estaban previstas 3 reuniones, una previa al inicio, a mitad del programa y al finalizar. Se han realizado más reuniones de las previstas durante el desarrollo del programa. En varias de estas reuniones, han participado otros profesionales del equipo ambulatorio como psiquiatra y psicóloga para poder analizar la evolución de algún paciente en concreto y mejorar su seguimiento individual posterior.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados en cuanto a la asistencia de pacientes en el programa ha sido ligeramente menor al planteado inicialmente, que era el 50% de los pacientes en seguimiento en la consulta de enfermería. Debido a múltiples causas, la asistencia ha variado entre un 20 y 40%, dependiendo de los meses. De todos modos, estamos satisfechos con la implicación y la demanda de contenido psicoeducativo de los participantes asiduos y de los intermitentes. Hemos conseguido que varios pacientes con graves dificultades de habilidades sociales consiguieran acudir a alguna sesión e incluso participaran en las mismas. En las 2 encuestas de satisfacción realizadas a mitad y al final del programa, se ha valorado positivamente la existencia y utilidad del mismo. Planteamos que aproximadamente el 90% de nuestros pacientes tuvieran acceso a la información sobre el programa grupal y se ha cumplido el objetivo. Se ha comentado su existencia con prácticamente el 100% de los pacientes. El contenido teórico del programa ha sido preparado con anterioridad por los profesionales responsables de dirigir las sesiones, consultando material didáctico y fuentes bibliográficas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración global del proyecto por parte del equipo implicado es positiva. El impacto del contenido teórico sobre los pacientes ha sido observable en el seguimiento de su evolución personal. Podemos afirmar que el material trabajado en el proyecto ha ayudado a los pacientes a modificar conductas inapropiadas y pensamientos distorsionados que les producían gran malestar emocional y problemas en su desarrollo personal y la convivencia familiar. Los pacientes que han asistido a las sesiones, a través de las encuestas de satisfacción y verbalmente a los miembros del equipo ambulatorio, han expresado su gratitud hacia nuestro trabajo y han agradecido la posibilidad de disponer de un espacio de aprendizaje grupal y terapéutico. Han propuesto nuevos temas y han resaltado los del manejo de la ansiedad y pensamientos distorsionados, resolución de conflictos y mejora del afrontamiento eficaz de problemas. Se reconoce la utilidad de las técnicas de role playing, pero son actividades que cuesta realizar debido a la fobia social principalmente, a la inseguridad en cuanto a su valía personal y falta de autoestima.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0576

1. TÍTULO

DESARROLLO DE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE SESIONES GRUPALES DE ENFERMERIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS DE LA U. DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) DEL H NTRA SRA DE GRACIA

En general, la atención al contenido teórico explicado por los profesionales ha sido alta, y la participación dinámica de los asistentes ha sido muy buena, aportando variedad y contenido muy útil y práctico para el desarrollo de los temas propuestos.

Tras el parón de las vacaciones en agosto, costó retomar la participación inicial en el programa de sesiones psicoeducativas. Quizás ayudaría, en la mejora de la asistencia a las sesiones, la implicación de todos los profesionales de la unidad en la publicidad del programa y la estimulación a la participación en el mismo.

Si analizamos la asistencia menor a la planteada inicialmente, pensamos que han influido múltiples causas, como la incorporación de los pacientes al mundo laboral, formación específica, voluntariados, tendencia al aislamiento social, etc.

La adherencia y la constancia en actividades duraderas en el tiempo es un hándicap que conocemos en el desarrollo profesional en nuestro ámbito de trabajo (salud mental), pero más en concreto en el tipo de patología con la que trabajamos en la unidad (los trastornos de la personalidad).

Como conclusión general, podemos decir que la utilidad y el impacto de estas actividades psicoeducativas grupales tienen un gran beneficio para el desarrollo de la atención sanitaria a los pacientes de la unidad de trastornos de personalidad. Disponemos de un entorno seguro y propicio para la participación y aprendizaje de temas que los pacientes consideran necesarios para trabajar, mejorar y adquirir seguridad en sí mismos.

Creemos necesaria la continuidad del proyecto para seguir ofreciendo apoyo y formación a los pacientes de nuestra unidad en formato grupal, desde el ámbito de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

Hemos visto a pacientes que no querían intervenir en un primer momento en las sesiones por ideas preconcebidas sobre el contenido teórico y cuando han participado se han sorprendido y han agradecido la asistencia a las mismas.

No se ha repetido el contenido de las sesiones, disponiendo de muchos más temas para abarcar en futuras sesiones. En varias ocasiones, el contenido preparado para una sesión se ha tenido que repartir en 2 o 3 semanas debido a la gran participación de los asistentes.

Se planteaban sesiones de 90 minutos de duración, pero en aproximadamente el 80% de las sesiones el tiempo se ha extendido hasta los 120 minutos debido a la participación productiva y dinámica de los asistentes.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/576 ===== ***

Nº de registro: 0576

Título
DESARROLLO DE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE SESIONES GRUPALES DE ENFERMERIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS DE LA U. DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) DEL H NTRA SRA DE GRACIA

Autores:
MARTIN RIDRUEJO LAURA, QUINTA AGUZA CRISTINA, SOLANS GARCIA ANA, MARTINEZ PLANAS ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
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
Ofrecer mayor seguimiento y cobertura asistencial a los pacientes que han cumplido con el ingreso programado en la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital Nuestra Señora de Gracia y han sido dados de alta del régimen de hospitalización completa tras su mejoría clínica, pasando al régimen ambulatorio. Estos pacientes manifiestan a menudo el sentimiento de inseguridad y desprotección al alta, haciendo complicado el afrontamiento de problemas cotidianos y desarrollo de su autonomía e independencia. A través de este programa, la enfermería ambulatoria quiere afianzar y reforzar los conceptos aprendidos durante el ingreso y proporcionarles un seguimiento más estrecho en formato grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
Ofrecer un espacio terapéutico grupal de aprendizaje, a la vez que se refuerzan conocimientos adquiridos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0576

1. TÍTULO

DESARROLLO DE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE SESIONES GRUPALES DE ENFERMERIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS DE LA U. DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) DEL H NTRA SRA DE GRACIA

durante la etapa de hospitalización completa.

Favorecer la adherencia al tratamiento ambulatorio y la alianza terapéutica con los profesionales y con la unidad.

Favorecer la adquisición de HHSS y potenciar un afrontamiento eficaz.

Favorecer la autonomía personal e independencia funcional.

Favorecer la disminución del número de recaídas y crisis que requieran la intervención en las unidades de urgencias.

MÉTODO

Desarrollo de 1 sesión grupal semanal de 90 minutos de duración, durante 8 meses.

Comienzo en mayo y finalizará en diciembre de 2019.

El equipo de enfermería ambulatoria realizará 3 reuniones durante todo ese período (una previa al comienzo del programa, otra a mitad del mismo y otra al finalizar).

INDICADORES

El 50% de los pacientes que acuden a seguimiento ambulatorio con enfermería acudirá a las sesiones psicoeducativas.

El 90% de los pacientes que acuden a seguimiento ambulatorio con enfermería tendrán acceso a la información del programa (calendario y contenido del programa).

Se realizarán 2 encuestas de satisfacción con el programa.

Se realizarán 3 reuniones de equipo de revisión y evaluación del programa.

DURACIÓN

Duración del programa: de mayo a diciembre de 2019.

Sesiones grupales un día a la semana con una duración de 90 minutos.

Elaboración del contenido: Marzo-abril de 2019.

Reunión de organización previa al inicio: Mayo 2019.

Encuestas de satisfacción: Septiembre y diciembre de 2019.

Revisión del programa: Octubre 2019.

Evaluación del programa y elaboración de la memoria: Enero 2020.

Presentación de la memoria: Febrero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0778

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE ESTILOS DE CRIANZA EN MADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL MARTINEZ PLANAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUINTA AGUZA CRISTINA
MARTIN RIDRUEJO LAURA
ORNAT JORDAN PILAR
SORO RAMIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Elaboración de la entrevista semiestructurada sobre estilos de crianza
- Selección de la muestra a la que va dirigida
- Implantación de la entrevista
- Difusión de la misma entre el personal del servicio a través del formato de sesión clínica
- Recogida de información a través de la cumplimentación de las entrevistas
- Elaboración de la presente memoria final

CUMPLIMIENTO DE CALENDARIO MARCADO:

El calendario se ha cumplido al 100% siendo el siguiente:

- Abril 19: Elaboración de entrevista
- Mayo 19: Selección de la muestra de pacientes
- Junio 19: Difusión del programa entre el personal del servicio
- Noviembre 19: Recogida de resultados procedentes de las entrevistas
- Diciembre 19: Memoria y conclusiones.

MATERIAL PARA DESARROLLAR EL PROYECTO:

- El material utilizado ha sido tanto en el diseño de la entrevista como en su impresión el soporte papel
- Además se ha usado el soporte digital a través del formato power-point para la difusión de la información entre los profesionales del equipo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR NUMERO 1:

EL 80% DE LAS MADRES DE PACIENTES SELECCIONADAS CON DIAGNOSTICO DE TCA TENDRÁN HECHA LA ENTREVISTA AL FINALIZAR EL PROYECTO

Se ha superado el valor del indicador propuesto en un principio siendo finalmente un 85% las madres que han participado en la entrevista de crianza.

INDICADOR NUMERO 2:

EL 90% DEL EQUIPO RECIBIRÁN INFORMACIÓN SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE DICHO PROGRAMA A TRAVÉS DEL FORMATO DE SESIÓN CLÍNICA

Se ha cumplido el objetivo siendo de un 92% el resultado final

La información se ha obtenido a través de la supervisión de las listas de firmas de la sesión clínica de difusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

En la elaboración de la entrevista semiestructurada hemos tenido dificultades a la hora de encontrar otras entrevistas de temática similar publicadas en internet. Faltaría validar la entrevista ahora que una vez implantada hemos podido comprobar su eficiencia y por tanto su buena relación coste-efectividad. Ha servido para, a través de la misma tener una primera toma de contacto con las madres de las pacientes y contrastar información muy relevante sobre patrones nutricionales en la infancia.

Se ha visto la posibilidad de poder replicar este tipo de entrevista a mayor número de pacientes del servicio e incluso con este formato modificar el tipo de contenido a estudiar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/778 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0778

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE ESTILOS DE CRIANZA EN MADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Nº de registro: 0778

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE ESTILOS DE CRIANZA EN MADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Autores:
MARTINEZ PLANAS ISABEL, QUINTA AGUZA CRISTINA, MARTIN RIDRUEJO LAURA, ORNAT JORDAN MARIA PILAR, SORO RAMIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: trastornos de la conducta alimentaria
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de las líneas estratégicas del salud está la salud mental y la adquisición de habilidades y destrezas que se puedan aplicar en el ámbito asistencial. En la práctica diaria vemos como los pacientes en sus relatos psicobiográficos cuentan historias de traumas de apego relacionadas con estilos de crianza inadecuados que potencian vinculaciones desadaptativas en la edad adulta. El tener herramientas de medida que nos ayuden a evaluar estos aspectos nos facilita la elaboración de hipótesis a la hora de plantear intervenciones enfermeras adecuadas en pacientes con trastornos de conducta alimentaria y trauma de apego.

RESULTADOS ESPERADOS
Ser capaces de identificar que estilos de apego y crianza han recibido nuestros paciente en su infancia y si esto ha tenido influencia en el desarrollo posterior del trastorno de la conducta alimentaria
Poseer una información a partir de la cual describir intervenciones enfermeras adecuadas así como criterios de evaluación de las mismas

MÉTODO
Elaboración de la entrevista semiestructurada sobre estilos de crianza
Selección de la población a la que va dirigida (muestreo)
Implantación de la entrevista
Difusión de la misma entre el personal del servicio
Recogida de resultados
Elaboración de conclusiones y memoria final

INDICADORES
El 80% de las madres de las pacientes seleccionadas con diagnostico de trastorno de conducta alimentaria tendrán hecha la entrevista al finalizar el periodo del programa
El 90% de miembros del servicio recibirán información sobre la implantación de dicho programa a través del formato de sesión clínica

DURACIÓN
Elaboración de la entrevista semiestructurada sobre estilos de crianza (Abril): Participan todos los miembros del equipo
Selección de la población a la que va dirigida (muestreo)(Mayo): Isabel Martínez y Pilar Soro.
Implantación de la entrevista (Junio): Todo el equipo
Difusión de la misma entre el personal del servicio(Junio): Isabel Martínez.
Recogida de resultados (Noviembre) : Todo el equipo
Elaboración de conclusiones y memoria final (Diciembre): Todo el equipo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0778

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE ESTILOS DE CRIANZA EN MADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

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 - 2019/0444

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA RETENCION URINARIA AGUDA PARA PROFESIONALES ENFERMEROS DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ENRIQUE TOBAJAS ASENSIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMOS GARCIA EVA MARIA
LOPEZ MENCHERO GEMMA
SORIANO GODES JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han desarrollado las sesiones teórico y prácticas en el Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Gracia todos los enfermeros de plantilla, atendiendo al programa cronológico establecido. En primer lugar se han impartido los seminarios teóricos y a continuación y dado que no se dispone de ecógrafo portátil en el servicio de Urgencias, se ha trasladado un ecógrafo desde del servicio de Radiodiagnóstico para la demostración práctica con talleres para la identificación de la vejiga y órganos de la pelvis en individuos sanos y sobre muñeco para la adquisición de destreza en este tipo de actuaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante la etapa de implantación del proyecto, se seleccionaron 11 pacientes ingresados de Urgencias con clínica sospechosa de Retención urinaria aguda. Mediante la utilización de la ecografía se obtuvo una medida de volumen vesical para confirmar la existencia de globo vesical que confirmara el diagnóstico de Retención urinaria aguda. Además el estudio ultrasonográfico fue capaz de obtener su etiología; ocho pacientes presentaban una Hipertrófia benigna de Próstata, un paciente Prostatitis aguda y una mujer Cistocele. El caso restante correspondía a una litiasis renal no obstructiva que descartó la práctica de sondaje uretral y por lo tanto, la posible infección del tracto urinario en la colocación del mismo por parte del Profesional Enfermero. Asimismo, cuando se procedió a la colocación del sondaje uretral para tratar esta patología, el ecógrafo valoró de manera adecuada la inserción de la sonda vesical.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El sondaje vesical es el tratamiento de elección en la Retención Urinaria Aguda pero es una maniobra que aumenta la probabilidad de infecciones del tracto urinario y su presentación es debida a la exploración manual del Profesional Enfermero.

La ecografía es capaz de valorar el contenido vesical, el volumen de orina en la vejiga, la patología causante de la Retención Urinaria aguda y además demuestra la correcta colocación de la sonda vesical.

La incorporación de la Ultrasonografía como herramienta en los servicios de Urgencias y concretamente, como método para la valoración de la Retención urinaria aguda debe ser una necesidad para el diagnóstico de esta entidad y así, evitaremos sondajes innecesarios que incrementen las infecciones urinarias como complicaciones acompañantes.

Por tanto, es fundamental establecer y protocolizar programas de formación dirigido a los profesionales enfermeros que garanticen la seguridad y eficacia, siguiendo los criterios de calidad de la ecografía en manos de los enfermeros y por último se recomienda la adquisición de un ecógrafo portátil en todos los servicios de Urgencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/444 ===== ***

Nº de registro: 0444

Título
IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA RETENCION URINARIA AGUDA PARA PROFESIONALES ENFERMEROS DE URGENCIAS

Autores:
TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE, RAMOS GARCIA EVA MARIA, LOPEZ MENCHERO GEMA, SORIANO GODES JUAN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0444

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA RETENCION URINARIA AGUDA PARA PROFESIONALES ENFERMEROS DE URGENCIAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La retención Urinaria aguda es la urgencia urológica más frecuente. Se estima que el 10% de los hombres mayores de 70 años y 33% de los mayor de 80 años tendrán un episodio de retención aguda de orina en los cinco años siguientes. Los síntomas pueden ir desde una leve molestia pasando por dolor intenso, mareo o diaforesis hasta llegar incluso a producir alteraciones cardiovasculares como bradicardia taquicardia y arritmia es que pueden desembocar en una asistolia. La retención de orina es un diagnóstico clínico que siempre se ha hecho mediante palpación, percusión e inspección de la vejiga y que se acaba solucionando con sondaje vesical. El sondaje vesical es un procedimiento no exento de riesgos y complicaciones. La valoración de la vejiga con ecografía y la retención urinaria aguda evita cateterismos innecesarios, lo que conlleva una menor tasa de infecciones y una disminución de los costes hospitalarios.

Los servicios de urgencias y de radiodiagnóstico del hospital Nuestra Señora con la incorporación de nuevos equipos de ultrasonografía creen necesario la incorporación de esta técnica en la valoración de la retención urinaria aguda.

RESULTADOS ESPERADOS

- Determinar la existencia de globo mediante ecografía.
- Conseguir el diagnóstico exacto de la patología causante de la retención urinaria aguda.
- Disminución del número de sondajes vesicales innecesarios.
- Disminución de infecciones del tracto urinario tras la realización de sondaje vesical.

MÉTODO

- Análisis de la importancia de la ecografía como método de diagnóstico en la retención urinaria mediante una revisión bibliográfica que se realizará en cinco sesiones.
- Seminarios teóricos y practicum que se desarrollarán en 10 sesiones dirigidos a profesionales enfermeros del servicio de urgencias con simulación sobre muñeco para la identificación de vejiga y otros órganos de la pelvis. Los contenidos prácticos se realizarán con un ecógrafo portátil que pondrá a disposición el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

INDICADORES

Se determinará una evaluación anterior en el uso de la ecografía la retención urinaria aguda y otra posterior tras la implantación del proyecto.

- Incidencias durante la realización de la ecografía vesical.
- Tiempo requerido para el diagnóstico de atención urinaria aguda
- Número de sondajes vesicales evitados.
- Número de infecciones en el tracto urinario acontecidas.

DURACIÓN

La duración del proyecto será de 10 meses, desde abril de 2019 hasta enero de 2020.

- Abril- Mayo de 2019. Análisis de la Ecografía como método diagnóstico de ayuda en la Retención urinaria aguda en nuestro medio y su empleo por el profesional enfermero. E Ramos y G López.
- Junio- Agosto de 2019. Sesiones teórico-prácticas. E Tobajas y JJ Soriano.
- Septiembre- Noviembre de 2019. Desarrollo del proyecto en el Servicio de Urgencias. G López. E Ramos y E Tobajas.
- Diciembre de 2019. Análisis postimplantación. E Tobajas, G. López y E. Ramos,
- Enero de 2020. Presentación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0444

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA RETENCION URINARIA AGUDA PARA PROFESIONALES ENFERMEROS DE URGENCIAS

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1189

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE ENFERMERIA PARA LA MODIFICACION Y MEJORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO PARA PRUEBAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN

Fecha de entrada: 02/01/2020

2. RESPONSABLE GLORIA ISABEL ARGUEDAS GORRINDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRUZ ALEGRE MARIA CRUZ
SALAS LISBONA MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las enfermeras del Servicio de Diagnostico por la Imagen hemos detectado la situaciones estresantes y potencialmente peligrosas en los pacientes que se van a someter a estudios radiológicos con administración de contrastes intravenosos (iodados y/o gadolinio), por lo que consideramos la necesidad de valorar y registrar estos hechos.

Para ello, durante los meses de Mayo a Octubre de 2019, hemos creado un registro manual anotando en el consentimiento informado que firma el paciente; su función renal, alergias, ayunas y posibles extravasaciones. El deber de la enfermera en Radiología, cumplido durante toda nuestra praxis y registrado para este proyecto, supone controlar muchos factores: analíticas (función renal), físicos (vasos sanguíneos, confort del paciente) y psicológicos (stress, dudas sobre la exploración) para el paciente y para nuestro entorno laboral coordinando distintos profesionales y unidades lo que supone la toma de decisiones y actuaciones rápidas dirigidas siempre a proporcionar la mejor asistencia sanitaria y los mejores cuidados de enfermería para el paciente ambulante y/o ingresado que se realiza pruebas de diagnóstico por imagen con administración de contraste iv en nuestra unidad. Para todo esto hemos utilizado: - acceso a historia clínica del paciente
- consentimiento informado
- entrevista al paciente
- material para canalización de vía
- contraste

Con el soporte escrito del actual Consentimiento Informado (C.I.) hemos añadido, manualmente, datos recogidos de la entrevista al paciente y de su historia clínica anotando:

- . alergias medicamentosas
- . cifras de creatinina y/o filtrado glomerular
- . ayunas de 4 h.
- . extravasación (en caso de producirse, con registro de la incidencia)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS RMN

Número total de RMN (1 Mayo / 31 Octubre): 1235 pacientes
Pacientes precisaron administración de contraste (Gadolinio): 926
Reacciones alérgicas: 1 = 0.10 % (1: 926 x 100)
Ayuno incorrecto: 1 = 0.10 % (1: 926 x 100)
Función renal alterada: 1 = 0.10 % (1: 926 x 100)
Extravasación: 0
Pacientes que expresaron ansiedad: 81 = 8,74 % (81: 926 x 100)
Posibilidad de embarazo: 3 = 0.32 % (3: 926 x 100)

RESULTADOS ALCANZADOS TAC

Número total de TAC (1 Mayo/ 31 Octubre): 1699 pacientes
Pacientes precisaron administración de contraste (Iodo): 1274
Reacciones alérgicas: 3 = 0,23 % (3: 1274 x 100)
Ayuno incorrecto: 12 = 0,94 % (12: 1274 x 100)
Función renal alterada: 21 = 1.65 % (21: 1274 x 100)
Extravasaciones: 5 = 0,39 % (5: 1274 x 100)
Pacientes que expresaron ansiedad: 3 = 0,23 % (3: 1274 x 100)
Posibilidad de embarazo: 1 = 0,07 % (1: 1274 x 100)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilización del tiempo enfermero en los servicios de radiodiagnóstico para realizar una entrevista exhaustiva, acceder a la historia clínica con el registro de parámetros alterados, el correcto estado de ayuno en el paciente y el control de posibles extravasaciones aumenta, considerablemente, la seguridad para el paciente en la realización de pruebas con contrastes iodados y/o gadolinio
La explicación más detallada de la exploración y la respuesta a posibles dudas disminuye la ansiedad en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1189

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE ENFERMERIA PARA LA MODIFICACION Y MEJORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO PARA PRUEBAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN

paciente, no siempre verbalizada, pero que sí observamos durante las exploraciones. Que la enfermera esté con el paciente durante la administración de contraste permite una actuación rápida en caso de extravasaciones y/o reacciones alérgicas inmediatas permitiendo, además, valorar la respuesta al dolor (EVA)
El ayuno correcto disminuye la incidencia de vómitos y la posibilidad de broncoaspiración.
La detección de cifras de creatinina y/o función renal alterada nos permite recomendar medidas básicas como es aumentar, durante las siguientes 24h. a la administración del contraste, la ingesta de líquidos y en pacientes diabéticos los controles de glucemia, incidiendo especialmente en aquellos tratados con metformina

Para mejorar nuestro trabajo enfermero aportamos modificaciones, mediante ítems, para registrar en el C.I.
. Cifras de creatinina y/o filtrado glomerular
. Ayuno correcto
. Alergias conocidas
. Extravasación.

En el actual CI que utilizamos en las pruebas que precisan la administración de contraste Iodado sería necesario añadir un apartado para reflejar los conceptos sobre los que hemos estado trabajando: creatina, ayuno, alergias y extravasación.

Para los CI en la administración de Gadolinio sólo sería preciso añadir ayuno y extravasación.

7. OBSERVACIONES.

Estaban preparados los CI originales y las modificaciones propuestas para enviarlo con la presente memoria pero no admite el envío de documentos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1189 ===== ***

Nº de registro: 1189

Título
VALORACION DE ENFERMERIA PARA LA MODIFICACION Y MEJORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO PARA PRUEBAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN

Autores:
ARGUEDAS GORRINDO GLORIA ISABEL, ALEGRE GALINDO MARIA CRUZ, SALAS LISBONA MARIA CARMEN, DIEZ YAGÜE ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que se sometan a una prueba radiológica en los próximos 6 meses.
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la calidad asistencial en los cuidados globalizados del paciente en Servicio Radiodiagnóstico

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha observado que la administración de contraste supone una situación estresante para el paciente por desconocimiento y porque puede ser potencialmente peligrosa. El deber de la enfermera es el de explicar el procedimiento, controlar el proceso y mejorar el nivel de confort del paciente durante las pruebas radiológicas correspondientes. Por ello, comprobar antecedentes de alergias y cifras analíticas permite mejorar y subsanar la atención integral al paciente sometido a estas pruebas. Este proceso resulta indispensable para evitar posibles reacciones adversas y extravasaciones durante el proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este plan de mejora será llevar a cabo los cuidados globalizados para el paciente de la forma más eficaz posible:

Mejorar la confortabilidad del paciente durante las pruebas.

Registro de cifras, datos clínicos en el consentimiento informado, evitando duplicar registros y promoviendo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1189

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE ENFERMERIA PARA LA MODIFICACION Y MEJORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO PARA PRUEBAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN

la unificación de los mismos en un mismo documento y así favorecer su manejo.
Valoración de la función renal para comprobar que no esté contraindicada la administración de contraste.

MÉTODO

Formular nuevo formato para el consentimiento informado de contraste intravenoso en pruebas radiológicas.
Anotar los cambios de la forma del consentimiento informado manualmente hasta que tengamos el nuevo soporte gráfico de reprografía.
Acceso a la historia clínica del paciente
Entrevista al paciente
Explicación de la prueba, qué es, riesgos y complicaciones asociadas y del consentimiento informado.
Facilitar la nueva forma del consentimiento para firma del paciente.
Vigilar la zona de punción venosa para controlar y evitar en lo posible las extravasaciones.
En caso de función renal en límites máximos, recomendar hidratación abundante como cuidado de enfermería.
Registro de datos

INDICADORES

Nivel de confort del paciente mediante la escala analógica del dolor (EVA).
Número de ítems rellenados en la nueva forma del consentimiento firmado propuesto.
Nivel de ansiedad del paciente, mediante una escala del 1 al 10.

DURACIÓN

Seguimiento del proyecto durante los próximos 6 meses, hasta el mes de octubre de 2019. Se implantará y se seguirá por las enfermeras del servicio de readiagnóstico.

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 - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE CARMEN UNTORIA AGUSTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BADIOLA VARGAS JARA
CASCANTE MARTINEZ ALICIA
CIRES ORTIZ RAFAEL
GALINDO CHICO MIGUEL
GARCIA BARRECHEGUREN ELENA
LABAD ARAMBURU JORGE
VILLA GAZULLA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

4 reuniones del Equipo de Trabajo: 08/02/19, 13/03/19, 05/07/19 y 04/12/19.

Se han realizado las siguientes actividades

- o Se han revisado, actualizado y difundido cuatro protocolos de derivación de la patología osteomuscular más prevalente desde la Atención Primaria a la Atención Especializada: Cervicalgia, Lumbalgia, Hombro y Rodilla.
- o Se han depurado todas las interconsultas pendientes de citación, incorporando al buzón todos los pacientes pendientes de registro, realizando un análisis pormenorizado por CIAS y cruzando duplicidades de citas pendientes de Traumatología, Unidad Musculoesquelética y Rehabilitación. También depuración de pacientes pendientes pertenecientes a otros Sectores.
- o Implementación de una interconsulta virtual (IV) entre Atención Primaria, Rehabilitación y UME.
- o Se ha pedido la colaboración de los facultativos de Atención Primaria para solicitar la IV para aquellos pacientes pendientes de ser vistos en Traumatología desde hace tiempo sin respuesta y que ha permitido depurar aquellos con demoras de más de un año.
- o Se han ajustado las agendas de Traumatología disponiendo huecos de citación, según criterios de priorización para pacientes valorados en IV desde la UME y/o RHB.
- o Se ha revisado el circuito y los protocolos de derivación a Fisioterapia de Atención Primaria y Servicio de Rehabilitación.
- o El Servicio de Reumatología ha trabajado en un protocolo de algoritmos de decisión y derivación en dolor lumbar que se presentará a partir de enero en Centros de Atención Primaria.
- o Se ha trabajado con Traumatología para empezar la IV en febrero 2020. Participarán todos los facultativos. Se valora la necesidad de aproximadamente 140-150 IV/semana. Pendiente de la adecuación de las agendas y de la valoración inicial de su repercusión en la gran cantidad de pacientes pendientes de ser vistos presencialmente.
- o Se ha empezado ya a registrar la actividad clínica en el Curso clínico de la HCE.
- o Se han programado talleres de infiltraciones para Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- prevalente.
- o Se han realizado 13 sesiones de formación para la difusión de los protocolos en Atención Primaria.
 - o Puesta en marcha de la IV en UME/Rehabilitación. La media semanal de IV es de 130 con un % de resolución sin cita presencial del 23.25%.
 - o Revisión protocolos de derivación de fisioterapia.
 - o Buzoneado y depuración de todas las peticiones pendientes.
 - o Registro de la actividad clínica en la HCE.

INDICADORES

Depuración de los pacientes pendientes de cita	100%
Disminución de la demora en consultas externas de Traumatología, Rehabilitación, UME y Fisioterapia de AP	TRA: +27,35% RHB: +46,74% UME: -61,89% (UME ENE/SEP 2019)
% de implementación Interconsultas virtuales RHB/UME	100% de los CS
% de resolución no presencial de las IV en RHB y en UME	25,33%
% de implementación Interconsultas virtuales Traumatología	NO
% de resolución no presencial de las IV en Traumatología	NO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Equipo de trabajo se ha implicado en el estudio de los datos y de las causas de la excesiva demora en primeras visitas en las consultas que reciben pacientes con patología osteomuscular. Se ha trabajado en la depuración de las duplicidades asistenciales y se ha apostado por la protocolización de su manejo y la unificación de criterios de actuación en la toma de decisiones, trabajando en la adecuación de la demanda y la racionalización del uso adecuado de los recursos de que disponemos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Se ha incorporado el manejo de las nuevas herramientas telemáticas, como la interconsulta virtual entre Atención Primaria y Hospitalaria a las agendas de RHB y UME, que ha supuesto un importante avance en la resolución de muchas de las consultas pendientes y en la priorización de los pacientes más urgentes pendientes de cita desde hace mucho tiempo, o el registro en el Curso clínico de la HCE para facilitar la disponibilidad y el intercambio de la información clínica de los pacientes.

Se ha mejorado la demora para Rehabilitación.

Pero todo ello no ha sido suficiente para conseguir el objetivo de disminuir las demoras de Traumatología y controlar la demanda y su adecuación a la oferta para la resolución de las patologías consultadas y de propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

El volumen de pacientes pendientes de ser vistos en Traumatología y Rehabilitación supera las posibilidades de los objetivos previstos en este Proyecto, entendiéndose que su resolución requiere el abordaje de la problemática desde esferas más elevadas de planificación, organización y de dotación de recursos en un Sector Sanitario en continuo crecimiento respecto a la población asignada.

La imposibilidad de abordaje de esta problemática por parte del Grupo de trabajo, aunque ha trabajado y conseguido alguno de los objetivos previstos, hace que se dé por terminado con esta Memoria final.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/285 ===== ***

Nº de registro: 0285

Título
VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
UNTORIA AGUSTIN CARMEN, VILLA GAZULLA MARIA TERESA, LABAT ARAMBURU JORGE, BARTOLOME MORENO CRUZ, CASCANTE MARTINEZ ALICIA, GARCIA BARRECHEGUREN ELENA, BADIOLA VARGAS JARA VICTORIA, CIRES ORTIZ RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología osteomuscular es un problema de salud de alta prevalencia y causa importante de gastos médicos, absentismo laboral y discapacidad.

Las agendas de las especialidades implicadas en el tratamiento médico, rehabilitador o quirúrgico de los pacientes con estas dolencias sufren una excesiva demora en días para primera consulta, como también sucede con algunas pruebas de imagen solicitadas, lo que conlleva que se originen duplicidades asistenciales y de pruebas complementarias.

Durante los años 2017 y 2018 se desarrollaron sendos proyectos de mejora en el manejo de la patología osteomuscular en el Sector I, haciendo hincapié en la elaboración y difusión de protocolos clínicos consensuados entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria para el diagnóstico y tratamiento. Se priorizaron las patologías de hombro, rodilla y lumbar, unificando criterios de actuación en la toma de decisiones.

La incorporación de nuevas herramientas telemáticas como la interconsulta virtual entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria, que tan buenos resultados está dando en otras especialidades, debe incorporarse a las agendas de RHB, Traumatología y UME (Unidad Musculoesquelética).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

RESULTADOS ESPERADOS

El Proyecto tiene un doble objetivo. Por una parte, disminuir las demoras para la atención a la patología osteomuscular en nuestro Sector. Por otra, revisar los circuitos y la puesta en marcha de los protocolos de derivación a los Servicios de Traumatología y Rehabilitación. Como objetivos operativos se pretende disminuir el tiempo de resolución de las patologías consultadas mediante la interconsulta virtual, evitar duplicidades en la derivación de la patología osteomuscular y disminuir los días de demora para primeras consultas en las especialidades de Rehabilitación y Traumatología. Como objetivos complementarios se trabajará por mejorar la idoneidad en la solicitud de pruebas complementarias. En definitiva, el propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos y disminuir las demoras, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

MÉTODO

Grupo de trabajo multidisciplinar que, en reuniones periódicas, revisará los protocolos existentes y los adecuará a las nuevas circunstancias, diseñando un plan de difusión de los mismos. Trabjará en la implementación de la interconsulta virtual entre Atención Primaria, Rehabilitación, Traumatología y Unidad Musculoesquelética y en el ajuste de las agendas de Traumatología que permitan huecos de citación, según criterios de priorización, desde la UME y/o RHB. Al mismo tiempo, se trabajará en la depuración de todas las interconsultas pendientes de citación, evitando duplicidades. Todo ello partiendo de un pormenorizado análisis de situación y de un estudio de las derivaciones por CIAS y Centro de Salud.

Como conclusión, lo que se pretende es el diseño e implementación de un plan de choque que permita disminuir la demora existente para la atención osteomuscular en el Sector Zaragoza I.

INDICADORES

Depuración de los pacientes pendientes de cita AP	100%
Disminución de la demora en consultas externas de Traumatología, Rehabilitación, UME y Fisioterapia de AP	2019/2018 < 1
% de implementación Interconsultas virtuales RHB/UME	100% de los CS
% de implementación Interconsultas virtuales Traumatología	100% de los CS
% de resolución no presencial de las IV	Pendiente
% Adecuación solicitud de pruebas diagnósticas: Solicitudes desde AP de RMN por procesos osteomusculares.	2019/2018 < 1
Definición de un plan de choque para disminución de la demora de Traumatología	SI

DURACIÓN

Febrero 2019: Creación del grupo de trabajo. Análisis de situación, fijación de objetivos y adecuación del cronograma previsto de actuación.
Marzo: Diseño del plan de choque para disminución de las demoras de Traumatología.
Marzo-Mayo 2019:
• Depuración de los pacientes pendientes de cita de Traumatología. UME y Rehabilitación.
• Implantación interconsulta virtual RHB y UME.
• Puesta en marcha del plan de difusión de los protocolos de atención a la patología osteomuscular.
Septiembre 2019: Corte evaluación de los indicadores.
Diciembre 2019-Enero 2020: Evaluación y cierre.

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 - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE CARMEN UNTORIA AGUSTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BADIOLA VARGAS JARA
CASCANTE MARTINEZ ALICIA
CIRES ORTIZ RAFAEL
GALINDO CHICO MIGUEL
GARCIA BARRECHEGUREN ELENA
LABAD ARAMBURU JORGE
VILLA GAZULLA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

4 reuniones del Equipo de Trabajo: 08/02/19, 13/03/19, 05/07/19 y 04/12/19.

Se han realizado las siguientes actividades

- o Se han revisado, actualizado y difundido cuatro protocolos de derivación de la patología osteomuscular más prevalente desde la Atención Primaria a la Atención Especializada: Cervicalgia, Lumbalgia, Hombro y Rodilla.
- o Se han depurado todas las interconsultas pendientes de citación, incorporando al buzón todos los pacientes pendientes de registro, realizando un análisis pormenorizado por CIAS y cruzando duplicidades de citas pendientes de Traumatología, Unidad Musculo-esquelética y Rehabilitación. También depuración de pacientes pendientes pertenecientes a otros Sectores.
- o Implementación de una interconsulta virtual (IV) entre Atención Primaria, Rehabilitación y UME.
- o Se ha pedido la colaboración de los facultativos de Atención Primaria para solicitar la IV para aquellos pacientes pendientes de ser vistos en Traumatología desde hace tiempo sin respuesta y que ha permitido depurar aquellos con demoras de más de un año.
- o Se han ajustado las agendas de Traumatología disponiendo huecos de citación, según criterios de priorización para pacientes valorados en IV desde la UME y/o RHB.
- o Se ha revisado el circuito y los protocolos de derivación a Fisioterapia de Atención Primaria y Servicio de Rehabilitación.
- o El Servicio de Reumatología ha trabajado en un protocolo de algoritmos de decisión y derivación en dolor lumbar que se presentará a partir de enero en Centros de Atención Primaria.
- o Se ha trabajado con Traumatología para empezar la IV en febrero 2020. Participarán todos los facultativos. Se valora la necesidad de aproximadamente 140-150 IV/semana. Pendiente de la adecuación de las agendas y de la valoración inicial de su repercusión en la gran cantidad de pacientes pendientes de ser vistos presencialmente.
- o Se ha empezado ya a registrar la actividad clínica en el Curso clínico de la HCE.
- o Se han programado talleres de infiltraciones para Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- o Actualización de cuatro protocolos de derivación de la patología osteomuscular más prevalente.
- o Se han realizado 13 sesiones de formación para la difusión de los protocolos en Atención Primaria.
- o Puesta en marcha de la IV en UME/Rehabilitación. La media semanal de IV es de 130 con un % de resolución sin cita presencial del 23.25%.
- o Revisión protocolos de derivación de fisioterapia.
- o Buzoneado y depuración de todas las peticiones pendientes.
- o Registro de la actividad clínica en la HCE.

Depuración de los pacientes pendientes de cita 100%

Disminución de la demora en consultas externas de Traumatología, Rehabilitación, UME y Fisioterapia de AP:
TRA: +27,35% RHB: +46,74% UME: -61,89% (UME ENE/SEP 2019)

% de implementación Interconsultas virtuales RHB/UME 100% de los CS

% de resolución no presencial de las IV en RHB y en UME 25,33%

% de implementación Interconsultas virtuales Traumatología NO

% de resolución no presencial de las IV en Traumatología NO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Equipo de trabajo se ha implicado en el estudio de los datos y de las causas de la excesiva demora en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

primeras visitas en las consultas que reciben pacientes con patología osteomuscular. Se ha trabajado en la depuración de las duplicidades asistenciales y se ha apostado por la protocolización de su manejo y la unificación de criterios de actuación en la toma de decisiones, trabajando en la adecuación de la demanda y la racionalización del uso adecuado de los recursos de que disponemos.

Se ha incorporado el manejo de las nuevas herramientas telemáticas, como la interconsulta virtual entre Atención Primaria y Hospitalaria a las agendas de RHB y UME, que ha supuesto un importante avance en la resolución de muchas de las consultas pendientes y en la priorización de los pacientes más urgentes pendientes de cita desde hace mucho tiempo, o el registro en el Curso clínico de la HCE para facilitar la disponibilidad y el intercambio de la información clínica de los pacientes.

Se ha mejorado la demora para Rehabilitación.

Pero todo ello no ha sido suficiente para conseguir el objetivo de disminuir las demoras de Traumatología y controlar la demanda y su adecuación a la oferta para la resolución de las patologías consultadas y de propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

El volumen de pacientes pendientes de ser vistos en Traumatología y Rehabilitación supera las posibilidades de los objetivos previstos en este Proyecto, entendiéndose que su resolución requiere el abordaje de la problemática desde esferas más elevadas de planificación, organización y de dotación de recursos en un Sector Sanitario en continuo crecimiento respecto a la población asignada.

La imposibilidad de abordaje de esta problemática por parte del Grupo de trabajo, aunque ha trabajado y conseguido alguno de los objetivos previstos, hace que se dé por terminado con esta Memoria final.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/285 ===== ***

Nº de registro: 0285

Título
VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
UNTORIA AGUSTIN CARMEN, VILLA GAZULLA MARIA TERESA, LABAT ARAMBURU JORGE, BAROLOME MORENO CRUZ, CASCANTE MARTINEZ ALICIA, GARCIA BARRECHEGUREN ELENA, BADIOLA VARGAS JARA VICTORIA, CIRES ORTIZ RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología osteomuscular es un problema de salud de alta prevalencia y causa importante de gastos médicos, absentismo laboral y discapacidad.

Las agendas de las especialidades implicadas en el tratamiento médico, rehabilitador o quirúrgico de los pacientes con estas dolencias sufren una excesiva demora en días para primera consulta, como también sucede con algunas pruebas de imagen solicitadas, lo que conlleva que se originen duplicidades asistenciales y de pruebas complementarias.

Durante los años 2017 y 2018 se desarrollaron sendos proyectos de mejora en el manejo de la patología osteomuscular en el Sector I, haciendo hincapié en la elaboración y difusión de protocolos clínicos consensuados entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria para el diagnóstico y tratamiento. Se priorizaron las patologías de hombro, rodilla y lumbar, unificando criterios de actuación en la toma de decisiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

La incorporación de nuevas herramientas telemáticas como la interconsulta virtual entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria, que tan buenos resultados está dando en otras especialidades, debe incorporarse a las agendas de RHB, Traumatología y UME (Unidad Musculoesquelética).

RESULTADOS ESPERADOS

El Proyecto tiene un doble objetivo. Por una parte, disminuir las demoras para la atención a la patología osteomuscular en nuestro Sector. Por otra, revisar los circuitos y la puesta en marcha de los protocolos de derivación a los Servicios de Traumatología y Rehabilitación. Como objetivos operativos se pretende disminuir el tiempo de resolución de las patologías consultadas mediante la interconsulta virtual, evitar duplicidades en la derivación de la patología osteomuscular y disminuir los días de demora para primeras consultas en las especialidades de Rehabilitación y Traumatología. Como objetivos complementarios se trabajará por mejorar la idoneidad en la solicitud de pruebas complementarias. En definitiva, el propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos y disminuir las demoras, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

MÉTODO

Grupo de trabajo multidisciplinar que, en reuniones periódicas, revisará los protocolos existentes y los adecuará a las nuevas circunstancias, diseñando un plan de difusión de los mismos. Trabjará en la implementación de la interconsulta virtual entre Atención Primaria, Rehabilitación, Traumatología y Unidad Musculoesquelética y en el ajuste de las agendas de Traumatología que permitan huecos de citación, según criterios de priorización, desde la UME y/o RHB. Al mismo tiempo, se trabajará en la depuración de todas las interconsultas pendientes de citación, evitando duplicidades. Todo ello partiendo de un pormenorizado análisis de situación y de un estudio de las derivaciones por CIAS y Centro de Salud.

Como conclusión, lo que se pretende es el diseño e implementación de un plan de choque que permita disminuir la demora existente para la atención osteomuscular en el Sector Zaragoza I.

INDICADORES

Depuración de los pacientes pendientes de cita 100%
Disminución de la demora en consultas externas de Traumatología, Rehabilitación, UME y Fisioterapia de AP 2019/2018 < 1
% de implementación Interconsultas virtuales RHB/UME 100% de los CS
% de implementación Interconsultas virtuales Traumatología 100% de los CS
% de resolución no presencial de las IV Pendiente
% Adecuación solicitud de pruebas diagnósticas: Solicitudes desde AP de RMN por procesos osteomusculares. 2019/2018 < 1
Definición de un plan de choque para disminución de la demora de Traumatología SI

DURACIÓN

Febrero 2019: Creación del grupo de trabajo. Análisis de situación, fijación de objetivos y adecuación del cronograma previsto de actuación.

Marzo: Diseño del plan de choque para disminución de las demoras de Traumatología.

Marzo-Mayo 2019:

- Depuración de los pacientes pendientes de cita de Traumatología. UME y Rehabilitación.
- Implantación interconsulta virtual RHB y UME.
- Puesta en marcha del plan de difusión de los protocolos de atención a la patología osteomuscular.

Septiembre 2019: Corte evaluación de los indicadores.

Diciembre 2019-Enero 2020: Evaluación y cierre.

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 - 2019/0476

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROYECTO DE CALIDAD PARA LA PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS POSTCIRUGIA: REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DEL TRIPTICO

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR CAMBRA LINES
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PERIZ BARBANOJ VICTOR
ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el mes de abril de 2019 se realiza una búsqueda actualizada revisando las últimas evidencias sobre la prevención y autocuidados del linfedema y la capsulitis de hombro asociadas a cirugía de mama (cuadrantectomía y/o mastectomía). Se exponen y analizan las dudas más frecuentes formuladas por las pacientes.

A finales de dicho mes de abril se elabora, confecciona y aprueba el nuevo folleto actualizado, programando su implantación para el 2 de mayo de 2019.

Se reitera la entrega del folleto durante el ingreso (en un plazo máximo de 36 horas tras la cirugía) por parte de los fisioterapeutas especializados acompañado de una breve explicación. Por norma general el folleto es entregado a la paciente salvo que no se encuentre bien o tenga dificultades cognitivas(demencia o incomprensión del idioma, entre otras), entregándose en tal caso a un familiar directo.

Se refuerza el compromiso en la cumplimentación del registro en hoja excel, de las intervenciones fisioterápicas sobre pacientes que precisaron cirugía mamaria especificando: nombre y apellidos de paciente, diagnóstico y el día de la intervención, el día que acude el fisioterapeuta a planta, si reciben o no el folleto (en caso negativo por qué motivo) y si tienen conocimientos previos sobre linfedema y capsulitis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2019, 93 mujeres fueron intervenidas de cáncer de mama en el Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Desde la implantación del proyecto el día 2 de mayo de 2019, se registraron 72 cirugías, de las cuales el 84% recibió las recomendaciones durante el ingreso -el 16% restante ya había sido dado de alta cuando el fisioterapeuta acudió a planta-.

De las pacientes que recibieron el folleto y la explicación tan sólo un 27% afirmó tener conocimientos previos sobre linfedema, capsulitis y su prevención.

Hasta la fecha (30 de diciembre de 2019) ninguna de las paciente intervenidas de mama fue derivada a fisioterapia para el tratamiento de un linfedema precoz y/o capsulitis de hombro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El linfedema es una afección crónica e insidiosa que no sólo merma la calidad de vida del que la padece sino que también requiere una adecuada planificación y gestión de los recursos sanitarios, humanos, materiales y económico-financieros para su control y tratamiento. A pesar de ello, en la actualidad, sigue siendo un gran "desconocido".

Es fundamental seguir promoviendo y desarrollando estrategias de prevención primaria y educación sanitaria enfocadas a otorgar al paciente información sobre su prevención, identificación de complicaciones y eliminación de los factores de riesgo promoviendo hábitos y estilos de vida saludables.

Consideramos la entrega del folleto durante la fase intrahospitalaria una muy buena opción por su bajo coste y alto beneficio, pues fomenta la autorresponsabilidad e implicación del paciente junto a una gestión más equitativa, eficiente y efectiva de los recursos disponibles. Por todo ello, valoramos su implantación definitiva en la unidad de rehabilitación-fisioterapia del sector I de Zaragoza, con revisiones periódicas cuando se estime necesario.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/476 ===== ***

Nº de registro: 0476

Título
ACTUALIZACION DEL PROYECTO DE CALIDAD PARA LA PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS POSTCIRUGIA: REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DEL TRIPTICO

Autores:
CAMBRA LINES MARIA PILAR, PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL, ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0476

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROYECTO DE CALIDAD PARA LA PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS POSTCIRUGIA: REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DEL TRIPTICO

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El linfedema es una patología crónica e insidiosa que afecta tanto a la salud como a la calidad de vida de quienes lo padecen. Se caracteriza por una alta incidencia tras cirugía de cáncer de mama y tratamientos quimio y radioterápicos. El dolor crónico postquirúrgico está presente entre un 25 y 50% de los pacientes; la combinación de cirugía y radioterapia se relaciona con un 48% de afectación en la movilidad articular del brazo y los pacientes con linfedema asociado tienen mayor discapacidad en el miembro superior afecto (38%) comparado con las pacientes sin linfedema. Por todo ello es importante no solo diagnosticar y tratar el edema sino prevenir su aparición, sus complicaciones y su evolución.

Desde el año 2015 en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, las pacientes intervenidas de carcinoma de mama y sus familiares reciben en un plazo máximo de 24-48 horas tras la cirugía, una breve exposición y un folleto informativo con consejos generales para mantener una buena salud, medidas que minimizan el riesgo de edema, autocuidados, ejercicios e identificación de signos de alarma

Sin embargo, a lo largo de estos años, se han detectado ambigüedades en el folleto y los pacientes solían trasladarnos dudas similares sobre el contenido del mismo, lo que nos ha motivado a revisar, actualizar y modificar el contenido de dicho tríptico.

RESULTADOS ESPERADOS

- Proporcionar a los pacientes intervenidos de cáncer de mama y sus familias una información actualizada para la prevención del linfedema y sus complicaciones
- Conseguir la implicación del paciente y facilitarle la autorresponsabilidad en el manejo de su enfermedad, minimizando las secuelas del linfedema y mejorando su calidad de vida
- Resolver las dudas más prevalentes acerca de las medidas preventivas y autocuidados
- Mejorar la vía de comunicación paciente-fisioterapeuta

MÉTODO

- Búsqueda bibliográfica actualizada y basada en la evidencia respecto al linfedema y sus repercusiones
- Reunir a los miembros del equipo para analizar, modificar y resolver las dudas más prevalentes, mínimo 2 veces al mes aunque se podrán fijar tantas como sea necesario.
- Confeccionar el nuevo tríptico.

INDICADORES

- 1) Porcentaje de pacientes intervenidas de mama que reciben las recomendaciones en un plazo de 24-48 horas tras ésta
Descripción: N° pacientes que reciben información de ejercicios de hombro recomendados tras primeras 24 y 48 horas tras cirugía/n° pacientes intervenidas de Ca.mama x100
Fuente: Parte quirúrgico y registro de pacientes atendidas
Estándar: 80-90%
- 2) Porcentaje de pacientes intervenidas de mama que manifiestan linfedema precoz
Descripción: N° pacientes que desarrollen linfedema precoz/n° pacientes intervenidas de Ca.mama x100
Fuente: Registro de pacientes atendidas y registro de pacientes derivadas a Fisioterapia para tratamiento linfedema
Estándar: 70-80%
- 3) Porcentaje de pacientes intervenidas de mama con conocimientos previos sobre el linfedema
Descripción: N° pacientes que ya conocían las medidas preventivas/ n° de pacientes intervenidas de Ca mama x 100
Fuente: Pacientes
Estándar: 75-85%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0476

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROYECTO DE CALIDAD PARA LA PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS POSTCIRUGIA: REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DEL TRIPTICO

DURACIÓN

- MARZO 2019: Búsqueda bibliográfica actualizada y basada en la evidencia respecto al linfedema y sus repercusiones
- ABRIL 2019: Reunir a los miembros del equipo para analizar, modificar y resolver las dudas más prevalentes, mínimo 2 veces al mes aunque se podrán fijar tantas como sea necesario
- MAYO 2019: Confeccionar el nuevo tríptico.
- JUNIO 2019: Implantación del proyecto
- ENERO 2020: Análisis de datos y memoria final

OBSERVACIONES

Este proyecto supone la actualización del contenido del "Proyecto de mejora en la atención de la paciente intervenida de carcinoma de mama con extirpación ganglionar axilar: prevención del linfedema y de la capsulitis de hombro post cirugía"

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 - 2019/0478

1. TÍTULO

PROYECTO DE CALIDAD DE ENSEÑANZA DEL AUTOMASAJE PARA PACIENTES DEL SECTOR I CON LINFEDEMA DE GRADO I

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE TERESA ANAYA GIL
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMBRA LINES MARIA PILAR
CHAMORRO LASALA MARIA JESUS
VIZAN IDOIBE TERESA
SANTAMARIA TORROBA MARIA AMPARO
BAÑOS GARCIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tal y como se había planteado en el proyecto de calidad, se realizaron dos reuniones: una primera reunión con las facultativas responsables de las pacientes con linfedema del Sector I, para acordar y afianzar los criterios de estadificación del linfedema y unificar los criterios de derivación e inclusión en el proyecto. La segunda reunión implicó solamente a las dos fisioterapeutas incluidas en el proyecto, que han sido las profesionales que han enseñado a las pacientes las maniobras a realizar, así como reforzado los consejos e indicaciones para el cuidado del brazo afectado.

No se ha elaborado ningún material para realizar el proyecto, siendo suficiente con las reuniones realizadas. Con respecto a las sesiones realizadas con las pacientes, el mínimo han sido tres sesiones, aunque en algunos casos se ha realizado alguna más si ha sido necesario, en el caso de que la paciente tuviera problemas en el aprendizaje de la técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados han sido muy satisfactorios, ya que de un total de 27 pacientes que fueron vistas en consulta por las facultativas, a partir de la fecha de implantación del proyecto (01/05/19) todas han recibido las tres sesiones (mínimo) para el aprendizaje de la técnica y el refuerzo de los consejos y autocuidados del brazo afectado.

El estándar a alcanzar era el 100%, por lo tanto este ítem ha sido alcanzado satisfactoriamente.

La fuente de datos ha sido la hoja excel creada para la recogida de los nombres de las pacientes y la fecha de su inclusión en el gimnasio para realizar las sesiones con las fisioterapeutas.

El impacto del proyecto ha sido muy positivo, tanto para el servicio de rehabilitación como para las pacientes. Todas ellas han manifestado su agradecimiento por la atención recibida y el seguimiento por parte de las facultativas en esta fase tan temprana del linfedema.

El indicador era solamente uno: N° de pacientes que reciben enseñanza / N° pacientes con linfedema grado 0/I x 100.

27/27x100= 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que hemos cumplido satisfactoriamente los objetivos finales del proyecto a fecha actual, de 07/01/2020.

Con todo esto, consideramos que el proyecto está definitivamente completado y listo para ser sostenible en adelante en el Servicio de Rehabilitación del HNSG, quedando así implantado indefinidamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/478 ===== ***

Nº de registro: 0478

Título
PROYECTO DE CALIDAD DE ENSEÑANZA DEL AUTOMASAJE PARA PACIENTES DEL SECTOR I CON LINFEDEMA DE GRADO I

Autores:
ANAYA GIL TERESA, CAMBRA LINES MARIA PILAR, CHAMORRO LASALA MARIA JESUS, VIZAN IDOIBE TERESA, SANTAMARIA TORROBA MARIA AMPARO, BAÑOS GARCIA CRISTINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0478

1. TÍTULO

PROYECTO DE CALIDAD DE ENSEÑANZA DEL AUTOMASAJE PARA PACIENTES DEL SECTOR I CON LINFEDEMA DE GRADO I

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el año 2015 se realizó en el Hospital Nuestra Señora de Gracia la unificación de los tratamientos para las pacientes con linfedema en un protocolo con el cual optimizar los recursos del Sector I y ofrecer el mejor tratamiento a estas pacientes.

Gracias a este " Proyecto de mejora en la atención de la paciente intervenida de carcinoma de mama con extirpación ganglionar axilar: prevención del linfedema y de la capsulitis postcirugía", en las 24-48 tras la intervención quirúrgica se les entrega a las pacientes un folleto explicativo y una pequeña exposición acerca de las secuelas postcirugía.

Dado que la demanda asistencial en nuestros Sistemas Públicos de Salud es creciente y los recursos limitados, se debe aplicar un crecimiento controlado del gasto, garantizando la cantidad y calidad de las prestaciones de forma equitativa y solidaria, de ahí el interés de los protocolos y las guías de práctica clínica. Por lo tanto, no es necesario tratar a todos los pacientes.

En este contexto, la pirámide del Kaiser Permanente sugiere que hasta el 80% de todos los pacientes con patologías crónicas pueden ser gestionados empleando autocuidados dirigidos.

A su vez, existe un consenso general entre las distintas Sociedades Médicas (Sociedad Internacional de Linfología, SERMEF y The National Breast and Ovarian Cancer Centre) sobre las recomendaciones de Higiene y Cuidados Personales.

El linfedema de Grado I es un edema con fovea que disminuye o desaparece con la elevación, no existiendo evidencia clínica de fibrosis ni evidencia médica de que el tratamiento con DLM o TDC (Terapia Descongestiva Compleja) prevenga la aparición del linfedema.

La estadificación del linfedema deja a las pacientes con linfedema de Grados 0 y I sin tratamiento fisioterápico, pero con la necesidad de aprender unos autocuidados de mantenimiento que llevarán a cabo de forma diaria y permanente en el tiempo.

Actualmente las pacientes del sector I con linfedema Grado I reciben el mismo tratamiento fisioterápico que las de Grado II (DLM+ presoterapia). De acuerdo con la reciente evidencia médica, un reparto equitativo y adecuado de los recursos sanitarios y sin sobrecargar las listas de espera, se propone la enseñanza del autodrenaje a estas pacientes junto a un plan de autocuidados (ejercicios activos, cuidados posturales y de la piel, uso de la prenda de contención, entre otros)

El autodrenaje es una versión simplificada del DLM, que consiste en una serie de maniobras sencillas para drenar los grupos ganglionares más importantes, siguiendo la anatomía del sistema linfático. Se recomienda a las pacientes que lo aprendan para aplicárselo en casa diariamente y con una duración de 15-30 minutos

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto sería la enseñanza del automasaje a las pacientes con linfedema de Grados 0 y I.

Se realizarían tres sesiones en el gimnasio, con una de las fisioterapeutas especializadas en DLM, con el objetivo de enseñar la técnica a las pacientes, para que se la realicen en su domicilio diariamente.

Otro objetivo sería reforzar las indicaciones que ellas ya deberían conocer sobre cuidados de la piel y ejercicios linfodinámicos, mediante el folleto que se les entrega tras la cirugía.

Población diana: pacientes del Sector I con linfedema de Grado 0 y I.

MÉTODO

Para la puesta en marcha del proyecto se realizarán dos reuniones:

1. Reunión de todo el equipo para acordar y afianzar los criterios de estadificación del linfedema y asegurar su conocimiento por parte de todos los profesionales que estarán en contacto con las pacientes.
2. Reunión únicamente de las fisioterapeutas que enseñarán la técnica, para unificar los pasos de la misma y evitar diferencias en su enseñanza a las pacientes.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0478

1. TÍTULO

PROYECTO DE CALIDAD DE ENSEÑANZA DEL AUTOMASAJE PARA PACIENTES DEL SECTOR I CON LINFEDEMA DE GRADO I

Solamente se usará un indicador, el número de pacientes que reciben la enseñanza del automasaje, sobre el total de pacientes con linfedema de Grado 0/I vistas en la consulta de Rehabilitación.

Descripción: N° pacientes que reciben enseñanza/ N° pacientes con linfedema Grado 0/ I x 100.

Fuente de datos: registro de pacientes del Servicio de Rehabilitación.

Estándar: el valor máximo a alcanzar sería el 100%.

DURACIÓN

1. Primera reunión: Marzo 2019.
2. Segunda reunión: Abril 2019.
3. Implantación del proyecto de enseñanza: 01/05/2019.
4. Análisis de datos y resultados: Enero 2020, ya que se contabilizarán las pacientes hasta el 31/12/2019.

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 - 2019/0607

1. TÍTULO

CREACION DE UN "CARE BUNDLE" (PAQUETE DE CUIDADOS) PARA PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE CRITICO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR RUBIO CASALO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN
LABRADOR DIAZ ANNA MARIE
COLINA ONTAÑON MARIA LUISA
GIL EGEA ESMERALDA
GOMEZ SANZ CARMEN AMPARO
PAMPLONA CALEJERO ELENA
SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Cumpliendo con el calendario planificado inicialmente, se han llevado a cabo todas las actividades de este proyecto:

Actividad 1ª: Creación de un grupo de trabajo. Marzo 2019.

Actividad 2ª: Búsqueda de información mediante recursos bibliográficos. Marzo 2019.

Actividad 3ª: Revisión y actualización del procedimiento de traslado del paciente dentro del Manual de funcionamiento de la unidad. Abril 2019.

Actividad 4ª: Realización de un check list de planificación de traslado intrahospitalario. Abril 2019

Actividad 5ª: Sesiones formativas para todo el personal de Enfermería de la UCI a través de una presentación en power point, llevándose un registro del personal formado. Mayo-Junio 2019.

Actividad 6ª: Implementación del nuevo procedimiento. Junio 2019.

Actividad 7ª: Medición de indicadores tras haber puesto en marcha el procedimiento. La medición de indicadores se ha ampliado hasta Enero de 2020 para obtener una muestra representativa.

Responsables: Todo el grupo de trabajo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizaron sesiones formativas en la misma unidad mediante charlas cortas y presentación visual apoyada por power point. Entre el personal formado se incluyó a enfermería, TCAEs y estudiantes de enfermería. En la misma charla se presentaba la nueva plantilla check list y se resolvían todas las dudas que surgieron entre el personal. Se llevó un registro del personal formado. Se alcanzó el 100% de profesionales que recibieron la información sobre el procedimiento de traslado intrahospitalario. Se cumplieron los indicadores previstos. Se ha realizado un proceso de recogida y análisis de los check list. Tras un registro de los pacientes trasladados intrahospitalariamente (en nuestra unidad: Quirófono y TAC) se verifica la correcta cumplimentación de los check list para cada caso individualizado obteniéndose un 100% en aquellos pacientes cuyo destino es quirófono y un 92,3% en aquellos pacientes trasladados para la realización de un TAC. En ambos casos no se ha hecho distinción entre el carácter del traslados, programados o urgentes. En un total de 24 casos se ha obtenido 95,8% de check list adecuadamente cumplimentados. Se ha alcanzado el objetivo planificado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El método elegido para informar al personal de la unidad del nuevo paquete de cuidados ha resultado efectivo sin suponer un incremento de su carga de trabajo, ya que las charlas formativas se realizaron durante su turno de trabajo y aprovechando períodos de baja carga laboral, por lo que ha resultado satisfactorio para todo el personal.

Sería conveniente modificar el diseño del check list, puesto que aunque se trata de un documento muy completo resulta visualmente poco atractivo debido a que el contenido textual resulta extenso.

Dado el carácter de urgencia de algún traslado intrahospitalario el check list se rellenó tras el regreso a la unidad perdiéndose el contexto de planificación por el que fue creado.

Por último, el apartado de observaciones ha supuesto una ayuda a la hora de descubrir posibles eventos o efectos adversos surgidos durante el traslado y cómo se resolvieron.

Estas incidencias aportan nuevas líneas de trabajo para posibles revisiones en un futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/607 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0607

1. TÍTULO

CREACION DE UN "CARE BUNDLE" (PAQUETE DE CUIDADOS) PARA PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE CRITICO

Nº de registro: 0607

Título
CREACION DE UN "CARE BUNDLE" (PAQUETE DE CUIDADOS) PARA PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE CRITICO

Autores:
RUBIO CASALO MARIA PILAR, IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN, LABRADOR DIAZ ANA MARIE, COLINA ONTAÑON MARIA LUISA, GIL EGEA ESMERALDA, GOMEZ SANZ CARMEN AMPARO, PAMPLONA CALEJERO ELENA, SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES CRITICOS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muchos medios diagnósticos o terapéuticos no pueden ser trasladados hasta la propia cama del paciente, por lo tanto es necesario el transporte de pacientes en estado crítico, especialmente para la realización de pruebas diagnósticas.

El transporte intrahospitalario de pacientes críticos, definido como el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital, puede originarse desde distintas áreas del mismo.

Las indicaciones principales suelen ser el traslado a quirófano y la realización de pruebas diagnósticas.

Dado que este procedimiento no es inocuo ni falto de complicaciones, es necesario antes de indicar la realización de un procedimiento que lleve implícito un desplazamiento de un paciente, una adecuada planificación consistente en: 1) estabilización previa del enfermo, 2) valoración de peligros potenciales y de las necesidades individuales, 3) necesidad de monitorización, 4) preparación del material y 5) mantenimiento de la vigilancia clínica y tratamiento instaurado en UCI.

La alta frecuencia de este tipo de traslados indica la conveniencia de desarrollar protocolos de transporte en cada UCI en función de las patologías que se atiendan.

Cuando el transporte intrahospitalario lo realiza un equipo entrenado y especializado en el movimiento de pacientes, con una buena monitorización, las posibles complicaciones que puedan aparecer durante el mismo se pueden prevenir.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir los potenciales riesgos de incidentes o eventos adversos durante el traslado.
- Proporcionar a los pacientes aquellos medios de diagnóstico y tratamiento más adecuado a su problema de salud.
- Formar al personal de Enfermería de la UCI, fijo y eventual, en la adecuada valoración y preparación del paciente que va ser trasladado.
- Unificar criterios de actuación del personal sanitario respecto al traslado del paciente de UCI.
- Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.
- Crear un grupo de trabajo.

MÉTODO

Actividad 1ª: Creación de un grupo de trabajo.

Actividad 2ª: Búsqueda de información mediante recursos bibliográficos.

Actividad 3ª: Revisión y actualización del procedimiento de traslado del paciente dentro del Manual de funcionamiento de la unidad,

Actividad 4ª: Realización de un check list de planificación de traslado

Actividad 5ª: Sesiones formativas para todo el personal de Enfermería de la UCI.

Actividad 6ª: Implementación del nuevo procedimiento.

Actividad 7ª: Medición de indicadores tras haber puesto en marcha el procedimiento.

Responsables: Todo el grupo de trabajo.

INDICADORES

- Porcentaje de profesionales que reciben la información sobre el procedimiento de traslado. Valor a alcanzar: 100%
- Porcentaje de check list adecuadamente cumplimentados. Valor a alcanzar: 95%

DURACIÓN

Fecha inicio: 15 marzo 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0607

1. TÍTULO

CREACION DE UN "CARE BUNDLE" (PAQUETE DE CUIDADOS) PARA PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE CRITICO

Fecha finalización: 15 octubre 2019

Actividad 1ª: Creación de un grupo de trabajo. Marzo 2019

Actividad 2ª: Búsqueda de información mediante recursos bibliográficos. Marzo 2019

Actividad 3ª: Revisión y actualización del procedimiento de traslado del paciente dentro del Manual de funcionamiento de la unidad. Abril 2019.

Actividad 4ª: Realización de un check list de planificación de traslado. Abril 2019.

Actividad 5ª: Sesiones formativas para todo el personal de Enfermería de la UCI. Mayo- Junio 2019

Actividad 6ª: Implementación del nuevo procedimiento. Mayo- Junio 2019

Actividad 7ª: Medición de indicadores tras haber puesto en marcha el procedimiento. Octubre 2019

Responsables: Todo el grupo de trabajo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0104

1. TÍTULO

APLICACIÓN PARA LA GESTIÓN DE MOVIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE FRUCTUOSO ROMERO CUENCA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LARREA GIMENO JOSE LUIS
CALVO NAVALMORAL MIGUEL EDUARDO
MEDINA VALDEPEÑAS SAGRARIO
DOMEQUE SANVICENTE CRISTOBAL
TORREA GARCES VICTOR
RODA GONZALVEZ SOFIA
GILABERTE SERRANO JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La gestión de las altas se realizaban en el hospital mediante unas hojas de Excel compartidas entre los controles de planta y el servicio de admisión (urgencias, gestión de camas).

Este sistema tenía problemas en su gestión ya que implicaba que cada servicio duplicara la información de la que se disponía en HIS, teniendo un punto de fallo ya que se registraba manualmente cada movimiento de paciente.

Además solo una persona podía tener abierto el documento "en modo escritura".

Valorada la posibilidad de mejorar este sistema de gestión de camas, formamos este grupo de mejora con personal multidisciplinar de los diferentes servicios implicados (admisión, enfermería e informática).

Desde el principio se pensó en dar una solución sencilla que permitiera la adaptación rápida del personal implicado y que supusiera un ahorro de trabajo a la hora de gestionar el movimiento de los pacientes.

Para ello, se desarrolló un aplicativo web que en tiempo real muestra la situación de cada una de las plantas del hospital, con posibilidad de notificar al servicio de admisión las altas o traslados internos de paciente hospitalizados.

Desde el servicio de admisión se visualiza de manera clara y sencilla del trabajo administrativo que tienen que hacer sobre los pacientes con la gestión realizada desde las plantas.

Para realizar este trabajo se mantuvieron varias reuniones, contando con la colaboración adicional de la dirección de enfermería y algún supervisor de planta, en las que se matizaron los datos que deberían aparecer, como realizar la gestión de altas en la planta así como la forma de visualizar los movimientos presentes y pasados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado del trabajo realizado ha sido la creación de una aplicación web, con implantación del 100% de los servicios de enfermería de hospitalización.

La satisfacción obtenida ha sido totalmente positiva porque de una manera sencilla y clara se ha favorecido el intercambio de información entre las plantas y admisión, facilitando una mejor gestión de las camas de hospitalización.

Sobre las conclusiones del proyecto estamos convencidos que hemos facilitado el trabajo de los diferentes estamentos implicados, con un impacto amplio en todo el hospital y hemos ahorrado tiempo al personal de enfermería y de gestión de camas de admisión, lo que globalmente repercute en la dedicación de mayor tiempo a tareas sanitarias frente a labores administrativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto nos abre la posibilidad de mejorar áreas paralelas a la gestión del movimiento de pacientes, como la gestión del transporte sanitario programado, gestión de pacientes de urgencias que esperan cama de hospitalización, visualización de pruebas pendientes y realizadas del paciente durante su estancia... que por sí mismos pueden ser proyectos de mejora

7. OBSERVACIONES.

Realizar un trabajo interdisciplinar en la que cada uno es experto en su ámbito, nos ha permitido con colaboración y ganas de trabajar, conseguir mejoras y relaciones entre servicios y llegar a implantar el aplicativo sin dificultar y globalmente en todo el Centro.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/104 ===== ***

Nº de registro: 0104

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0104

1. TÍTULO

APLICACIÓN PARA LA GESTIÓN DE MOVIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

APLICACION PARA LA GESTION DE MOVIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

Autores:

ROMERO CUENCA FRUCTUOSO, LARREA GIMENO JOSE LUIS, CALVO NAVALMORAL MIGUEL EDUARDO, MEDINA VALDEPEÑAS SAGRARIO, DOMEQUE SAN VICENTE CRISTOBAL, TORREA GARCES VICTOR, RODA GONZALVEZ SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas ya que se relaciona con la hospitalización
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El hospital Rojo Villanova es uno de los hospitales de mayor índice de ocupación en Aragón y con una importante actividad quirúrgica tanto ambulatoria como de hospitalización, lo cual dificulta la gestión diaria de los ingresos y altas. Actualmente la gestión diaria de las camas se realiza con hojas de cálculo Excel. Existen varios tipos, que son: movimiento diarios de cada servicio de enfermería, solicitudes de ingreso desde urgencias-programados e ingresos para intervención quirúrgica del día siguiente. La gestión actual implica que existan muchos documentos en los que escribe muchos profesionales de diferentes estamentos y categorías (sólo una persona cada vez puede modificar datos en dichos documentos). Requiere además duplicidad de trabajos porque por cada ingreso, alta... hay que escribir datos de paciente en varios sistemas de información. Es importante destacar que con el desarrollo de este proyecto se podrá hacer una gestión más eficiente de los recursos disponibles, repercutiendo en la mejora de tiempos de ocupación, facilidad de gestión y disponibilidad. El proyecto tiene un impacto no solo de un servicio, sino de todo el hospital y podría ser extrapolable a otros hospitales una vez demostrada su eficiencia.

RESULTADOS ESPERADOS

El objeto del presente proyecto es el desarrollo de una aplicación (preferiblemente web), cuya fuente de información será procedente de sistemas hospitalarios ya existentes, sobre todo HIS, disminuyendo así duplicidades de trabajos y posibles errores en la transcripción de los datos. Al ser un proyecto web, cualquier profesional autorizado podrá acceder de manera simultánea a la información que permanecerá actualizada en todo momento ya que la información procede de HIS. Los servicios implicados son todos los que tienen gestión de camas

MÉTODO

Determinación de la situación actual

- Descripción funcional de la nueva aplicación
- Determinación de las fuentes de información así como el retorno de los datos registrados.
- Desarrollo de la aplicación.
- Comprobación del correcto funcionamiento.
- Formación a los distintos servicios y perfiles de trabajo

INDICADORES

- La aplicación está definida
- La aplicación está desarrollada
- La aplicación está implantada

DURACIÓN

La duración del proyecto es durante todo el año.

- Marzo. Definición funcional
- Abril-Octubre. Desarrollo de la aplicación
- Noviembre. Comprobación e implementación.
- Diciembre. Formación y puesta en producción

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0104

1. TÍTULO

APLICACIÓN PARA LA GESTIÓN DE MOVIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

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 - 2019/0574

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN: PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTÁTICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PURIFICACION LORENTE GORDO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CIRPIAN GALINDO ROSARIO
ESTABEN NAVARRO SILVIA
LOZANO PERALES MARIA DEL MAR
CIRES ORTIZ RAFAEL
PICON GONZALEZ SERGIO
AZNAR ALEGRE MERCEDES
ALFARO TORRES MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Establecimos un protocolo de actuación con Admisión y la Secretaria de oftalmología para digitalizar los pacientes intervenidos de otros sectores una vez completa toda la atención en el Hospital. Hablamos con el Supervisor de planta y acordamos que la Unidad de Citostáticos nos enviará al archivo la documentación de los pacientes que dan de alta para su digitalización. Hicimos un estudio con listados facilitados por informática de los pacientes ya operados de distintas especialidades en los últimos años para comenzar su digitalización. Desde la Comisión de documentación no se ha generado ningún documento nuevo para tramitar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes de oftalmología y citostáticos se digitalizan con prioridad alta en un 100%. Los pacientes antiguos tienen prioridad baja y se digitalizan dependiendo de la actividad del Servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Planteamos la reposición del escáner en caso de avería, pero hemos visto que sería necesario otro modelo más rápido para conseguir mayores objetivos. Esperamos su compra en 2020 para seguir desarrollando y ampliando este proyecto. Con la mayor implantación de la HCE, este tipo de acciones desde nuestro Servicio resultan muy positivas para la gestión de la documentación clínica de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/574 ===== ***

Nº de registro: 0574

Título
DIGITALIZACION: PACIENTES QUIRURGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTATICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Autores:
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION, CIPRIAN GALINDO ROSARIO, ESTABEN NAVARRO SILVIA, HERRANZ SOLANO FERNANDO, LOZANO PERALES MARIA DEL MAR, VIÑAS VIAMONTE MARIA PILAR, MATA PANIVINO MARIA VICTORIA, CIRES ORTIZ RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no hay patología
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Grupo de Mejora del archivo apoya los objetivos de la Comisión de Documentación de Hospital Royo Villanova. En este año 2019, siguiendo el principal objetivo de la Comisión, proponemos seguir digitalizando episodios y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0574

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN: PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTÁTICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

pruebas que nos llegan en papel.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es seguir avanzando en la historia electrónica, facilitando desde nuestro Servicio el cambio del papel por lo digital.

* Pacientes Quirúrgicos de otros sectores: escanaremos la documentación generada en HRV una vez finalizado el episodio quirúrgico. Son pacientes que no van a volver a nuestro centro, evitamos tener un sobre físico.

* Unidad de Citostáticos: pacientes que reciben tratamiento en la planta primera del HRV. Subiremos a HCE los resultados.

* Otras pruebas diagnósticas: digitalizaremos a demanda las pruebas diagnósticas que nos deriven desde la Comisión de Documentación.

MÉTODO

1. Hablar con las Consultas Externas que generan documentación quirúrgica de pacientes de otros Sectores, para explicar el proyecto que queremos desarrollar.

2. Trazabilidad con Secretarías y Enfermeras de las plantas quirúrgicas implicadas.

3. Informática: listados de pacientes intervenidos de otros sectores.

4. Comisión de Documentación: digitalizaremos pruebas diagnósticas que nos indiquen.

5. Unidad de Citostáticos: Documentación para escanear, seguiremos el mismo proceso que con las otras pruebas que ya estamos digitalizando.

INDICADORES

% PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES

% OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

% CITOSTÁTICOS

El objetivo es digitalizar ente el 90 y 100%

DURACIÓN

Fecha Inicio: Marzo 2019:

- Reunión con la Jefa de Sección de Admisión, médico de Admisión y Jefe de Citaciones.
- Reunión con Consultas externas: envío de la documentación para escanear.
- Reunión con Secretarías Quirúrgicas: establecer con ellas la trazabilidad de la documentación.
- Citostáticos: Reunión con el Supervisor de la 1ª planta, se empieza en marzo.
- Otras pruebas: a demanda

Mayo 2019: evaluación de los primeros resultados.

Septiembre y noviembre 2019: segunda y tercera evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0574

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN: PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTÁTICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PURIFICACION LORENTE GORDO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CIPRIAN GALINDO ROSARIO
ESTABEN NAVARRO SILVIA
LOZANO PERALES MARIA DEL MAR
CIRES ORTIZ RAFAEL
PICON GONZALEZ SERGIO
AZNAR ALEGRE MERCEDES
ALFARO TORRES MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Establecimos un protocolo de actuación con Admisión y la Secretaria de oftalmología para digitalizar los pacientes intervenidos de otros sectores una vez completa toda la atención en el Hospital.
Hablamos con el Supervisor de planta y acordamos que la Unidad de Citostáticos nos enviara al archivo la documentación de los pacientes que dan de alta para su digitalización.
Hicimos un estudio con listados facilitados por informática de los pacientes ya operados de dsitintas especialidades en los últimos años para comenzar su digitalización.
Desde la Comisión de documentación no se ha generado ningún documento nuevo para tramitar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes de oftalmología y citostáticos se digitalizan con prioridad alta en un 100%.
Los pacientes antiguos tienen prioridad baja y se digitalizan dependiendo de la actividad del Servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Planteamos la reposición del escáner en caso de avería, pero hemos visto que sería necesario otro modelo más rápido para conseguir mayores objetivos. Esperamos su compra en 2020 para seguir desarrollando y ampliando este proyecto. Con la mayor implantación de la HCE, este tipo de acciones desde nuestro Servicio resultan muy positivas para la gestión de la documentación clínica de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/574 ===== ***

Nº de registro: 0574

Título
DIGITALIZACION: PACIENTES QUIRURGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTATICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Autores:
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION, CIPRIAN GALINDO ROSARIO, ESTABEN NAVARRO SILVIA, HERRANZ SOLANO FERNANDO, LOZANO PERALES MARIA DEL MAR, VIÑAS VIAMONTE MARIA PILAR, MATA PANIVINO MARIA VICTORIA, CIRES ORTIZ RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no hay patología
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Grupo de Mejora del archivo apoya los objetivos de la Comisión de Documentación de Hospital Royo Villanova. En este año 2019, siguiendo el principal objetivo de la Comisión, proponemos seguir digitalizando episodios y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0574

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN: PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTÁTICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

pruebas que nos llegan en papel.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es seguir avanzando en la historia electrónica, facilitando desde nuestro Servicio el cambio del papel por lo digital.

* Pacientes Quirúrgicos de otros sectores: escanearemos la documentación generada en HRV una vez finalizado el episodio quirúrgico. Son pacientes que no van a volver a nuestro centro, evitamos tener un sobre físico.

* Unidad de Citostáticos: pacientes que reciben tratamiento en la planta primera del HRV. Subiremos a HCE los resultados.

* Otras pruebas diagnósticas: digitalizaremos a demanda las pruebas diagnósticas que nos deriven desde la Comisión de Documentación.

MÉTODO

1. Hablar con las Consultas Externas que generan documentación quirúrgica de pacientes de otros Sectores, para explicar el proyecto que queremos desarrollar.

2. Trazabilidad con Secretarías y Enfermeras de las plantas quirúrgicas implicadas.

3. Informática: listados de pacientes intervenidos de otros sectores.

4. Comisión de Documentación: digitalizaremos pruebas diagnósticas que nos indiquen.

5. Unidad de Citostáticos: Documentación para escanear, seguiremos el mismo proceso que con las otras pruebas que ya estamos digitalizando.

INDICADORES

% PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES

% OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

% CITOSTÁTICOS

El objetivo es digitalizar ente el 90 y 100%

DURACIÓN

Fecha Inicio: Marzo 2019:

- Reunión con la Jefa de Sección de Admisión, médico de Admisión y Jefe de Citaciones.
- Reunión con Consultas externas: envío de la documentación para escanear.
- Reunión con Secretarías Quirúrgicas: establecer con ellas la trazabilidad de la documentación.
- Citostáticos: Reunión con el Supervisor de la 1ª planta, se empieza en marzo.
- Otras pruebas: a demanda

Mayo 2019: evaluación de los primeros resultados.

Septiembre y noviembre 2019: segunda y tercera evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0793

1. TÍTULO

GESTION DIGITAL DE LA DOCUMENTACION DE PACIENTES QUIRURGICOS EN LAS SECRETARIAS DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SAGRARIO MEDINA VALDEPEÑAS
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ MARTIN MARIA ESTER
MONTEAGUDO RICO CRISTINA
PALAU ARESTE MARIA MERCEDES
GARCIA NAVARRO MARIA MAR
SANTOS BLASCO CLARA
SANCHO FERRER MARIA JESUS
CLEMENTE MURILLO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

JUNTO CON EL SERVICIO DE INFORMATICA SE HAN CREADO LOS DIFERENTES ARCHIVOS INFORMÁTICOS PARA UBICAR LA DOCUMENTACION QUE SE HA ESCANEADO PREVIAMENTE DESDE ARCHIVOS. SE HAN DADO LOS PERMISOS ADECUADOS PARA LA PROTECCIÓN DE LA DOCUMENTACION ESCANEADA. ESTOS ARCHIVOS CONSTAN DE HOJA DE INCLUSION EN LEQ, EVOLUCION CLÍNICA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y TODA LA DOCUMENTACION NECESARIA PARA SU INCLUSION EN LEQ. SE LOCALIZAN POR NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA. UNA VEZ INCLUIDOS, LOS SERVICIOS INVOLUCRADOS, ACCEDEN A DICHS ARCHIVOS Y LOS COPIAN EN CARPETAS DE LA ESPECIALIDAD CORRESPONDIENTE. TIENEN ACCESO A ELLOS LAS SECRETARÍAS Y LOS FACULTATIVOS DEL SERVICIO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

CON EL PROCESO DETALLADO, LA DOCUMENTACIÓN NO SE EXTRAVÍA Y LOS TIEMPOS DESDE QUE EL PACIENTE PASA POR CONSULTA HASTA QUE REALMENTE CONSTA EN NUESTROS SISTEMA INFORMÁTICO SE HAN REDUCIDO AL 100%. EL PROCESO ANTERIOR ERA LARGO Y MUY LABORIOSO. TENIENDO EN CUENTA QUE HAY SERVICIOS CUYAS CONSULTAS ESTÁN UBICADAS EN CENTROS DIFERENTES A LOS QUE SE REALIZA EL QUIRÓFANO Y CON EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA INCLUSO ES DIFERENTE EL NÚMERO DE HISTORIA. EL RESULTADO ALCANZADO EN LOS SERVICIOS PIONEROS, LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA Y UROLOGÍA, ES DEL 100%. DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE SE HA INICIADO LA INTRODUCCIÓN DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA ESTANDO ACTUALMENTE PERFECCIONANDO Y ADAPTANDO A ESTE SERVICIO LA INFORMACIÓN QUE NECESITA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

HASTA QUE LOS SERVICIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS TRABAJEN DIRECTAMENTE CON HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA, SE HA GESTIONADO UNA FORMA ÁGIL Y PRECISA DE LA DOCUMENTACIÓN DE INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA ASÍ COMO UNA MINIMIZACIÓN EN EL GASTO DE PAPEL.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/793 ===== ***

Nº de registro: 0793

Título
GESTION DIGITAL DE LA DOCUMENTACION DE PACIENTES QUIRURGICOS EN LAS SECRETARIAS DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
MEDINA VALDEPEÑAS SAGRARIO, RUIZ MARTIN MARIA ESTER, MONTEAGUDO RICO CRISTINA, PALAU ARESTE MARIA MERCEDES, GARCIA NAVARRO MARIA MAR, SANTOS BLASCO CLARA, SANCHO FERRER MARIA JESUS, CLEMENTE MURILLO SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES QUIRÚRGICOS
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0793

1. TÍTULO

GESTION DIGITAL DE LA DOCUMENTACION DE PACIENTES QUIRURGICOS EN LAS SECRETARIAS DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA

PROBLEMA

El punto de partida es la reflexión de los procesos que realizamos en las Secretarías Quirúrgicas y Lista de Espera del HRV. En estos momentos, la documentación se fotocopia y se va enviando por correo ordinario a los distintos Servicios que tienen que intervenir en el proceso del paciente, desde que solicitan el registro de demanda quirúrgica en Consultas Externas, hasta su intervención en uno de los Hospitales del Sector I. El proyecto quiere unificar criterios de trabajo, facilitar y evitar errores en la Gestión de la Documentación que se genera en Consultas Externas. Partimos de la base de que la Unidad de Archivos y Documentación Clínica va a escanear toda la documentación generada en Consultas cuando un paciente va a ser operado : registro de demanda quirúrgica, evolución clínica y consentimiento informado, creando un archivo pdf por paciente, que nombrará con el Número de Historia. A partir de ahí, buscaremos las mejores fórmulas para tratar estos datos en red, de manera que nos ayuden a todos los profesionales implicados.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es facilitar la tarea a los Servicios médicos quirúrgicos, teniendo acceso digitalmente desde todo el Sector a la documentación de sus pacientes, evitando errores y búsquedas de última hora. Otro objetivo es el uso de archivos digitales, dejando de realizar múltiples fotocopias para cada proceso.

MÉTODO

1. Reuniones de las Secretarías de Servicios Quirúrgicos y Lista de Espera para elaborar el esquema de carpetas en red que necesitamos.
2. Presentar el proyecto a los Jefes de Servicio Médicos.
3. Establecer los permisos que solicitaremos al Servicio de Informática para visualizar o modificar las carpetas.
4. El proceso comenzará con los Servicios de Urología y Lista de Espera. Evaluaremos la situación en el plazo de un mes e iremos incorporando el resto de Servicios.

INDICADORES

% PACIENTES QUE REALIZAN TODO EL PROCESO QUIRÚRGICO CON LA DOCUMENTACIÓN DIGITALIZADA.
Este indicador lo especificaremos por cada Servicio Quirúrgico.

DURACIÓN

* Fecha Inicio: Marzo 2019:

- Reunión del médico de Admisión, la Jefa de Sección de Admisión (secretarías) y la Jefa de Sección de Archivos y Documentación.
 - Reunión de Secretarías Quirúrgicas con la Jefa de Sección de Archivos y Documentación: establecer la trazabilidad de la documentación, creación de carpetas en red para gestionar la documentación digital de la forma más eficaz. Planificación del calendario a seguir.
 - Exposición a los Jefes de Servicio Quirúrgicos.
- * Mayo 2019: evaluación de los primeros resultados.
* Septiembre y noviembre 2019: segunda y tercera evaluación de resultados de las especialidades que se hayan incorporado.

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 - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE IGNACIO JAVIER PEREZ CAMO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL
MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES
RAMIREZ GOMARA ANA ISABEL
SANJUAN CASAMAYOR PILAR
TORNOS SIMON TERESA
GARCIA CASTELLANOS TERESA
TORMO SEMPERE YAIZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión inicial del equipo de calidad para consensuar programa y sesión formativa impartida por el responsable del proyecto. Fué impartida en Junio del 2019 por el Dr. Ignacio Pérez Camo, Alergólogo del hospital Royo Villanova Sector 1, coordinador de este proyecto. En la sesión formativa se incluyó la actualización de la GINA. Esta reunión formativa, dado su interés, se amplió a otros pediatras del Sector interesados en el tema, aunque no formaran parte del proyecto de calidad.

Al realizar el consenso sobre el proyecto, el Dr. Pérez Camo recomendó realizar como test de adherencia al tratamiento, el TAI, pues aunque es más complejo, aporta más datos que el test de Morisky. Siguiendo sus recomendaciones se sustituyó el test de Morisky por el TAI.

- Hoja informativa de uso de DPI para los pacientes. Disponibles en el Documento técnico del Grupo de Vías Respiratorias, <http://aepap-org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>).

- Realización de la ficha de paciente, Junio 2019. Para facilitar la recogida de datos y que se realizara de manera uniforme, se realizó ficha anonimizada de seguimiento de los niños incluidos en el estudio, en la que se identificaban por números.

- Realización del proyecto: Entre Junio 2019 y Diciembre 2019 se han incluido 24 niños mayores de 6 años, diagnosticados de asma y que requerían tratamiento inhalador, recomendándoles un dispositivo de polvo seco (DPI). La valoración y seguimiento de estos niños fué realizada por las pediatras participantes en el proyecto, en colaboración con las MIR de pediatría también incluidas en este proyecto de calidad.

A la totalidad de niños incluidos se les entrenó en la primera consulta sobre el uso del dispositivo, actividad realizada con la ayuda de la enfermera de pediatría miembro del equipo. Se les citó a los 10-15 días para visita de seguimiento y realización del test TAI de adherencia y el cuestionario FSI-10, de satisfacción del dispositivo. Además, a aquellos niños que habían utilizado previamente un dispositivo de inhalación con cámara, se les realizó en la visita inicial, el TAI y el FSI-10 en relación con dicho dispositivo.

Se adjunta modelo de la ficha realizada
FICHA PACIENTE/ NUMERO DR.

Fecha de inclusión en estudio:

Edad:
Sexo: Masculino Femenino
Nivel de gravedad del asma: Intermitente Leve Persistente Moderada Persistente

SI usa inhaladores para tratamiento de fondo

Especificar dispositivo:
Fecha que inicio tratamiento:
Realizar cuestionario satisfacción dispositivo que estaba usando (A) (B)

NO uso previo de inhaladores para tratamiento de fondo

Tratamiento que se recomienda (especificar dispositivo):
CI CI + LABA Antileucotrienos

¿Se explica en consulta el uso de DPI?: SI NO

En ambos casos, dar cita para siguiente visita (2-3 semanas)

(A) Cuestionario de satisfacción uso del dispositivo. Cuestionario FSI-10
Respecto al sistema de inhalación que ha estado usando en la última semana, ¿cómo puntuaría usted los siguientes aspectos? Especificar si la respuesta es NO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

1. ¿Le ha resultado fácil aprender a manejar este aparato de inhalación?
SI NO
2. ¿Le ha resultado fácil preparar este aparato de inhalación para realizar la inhalación?
SI NO
3. ¿Le ha resultado fácil usar este aparato de inhalación?
SI NO
4. ¿Le ha resultado fácil mantener el aparato de inhalación en buenas condiciones de uso e higiene?
SI NO
5. ¿Le ha resultado fácil seguir realizando sus actividades habituales con el uso de este aparato de inhalación?
SI NO
6. ¿Le ha resultado cómodo adaptar el aparato de inhalación a sus labios?
SI NO
7. ¿Le ha resultado cómodo el aparato de inhalación en cuanto a peso y tamaño?
SI NO
8. ¿Le ha resultado cómodo llevar consigo (transportar) el aparato de inhalación?
SI NO
9. Cuando realiza la inhalación, ¿se queda usted con la sensación de haber utilizado el aparato de inhalación correctamente?
SI NO
10. En general, teniendo en cuenta todo lo anterior, ¿está usted satisfecho con el aparato de inhalación?
SI NO

Test de Adhesión a los inhaladores TAI.

Las respuestas posibles de las primeras 10 preguntas contestadas por el paciente mayor de 12 años o sus tutores son: Todas, más de la mitad, aproximadamente la mitad, menos de la mitad, ninguna.

1. ¿En los últimos días cuantas veces olvidó tomar sus inhaladores habituales ?
2. ¿Se olvida de tomar los inhaladores?
3. ¿Cuando se encuentra bien, deja de tomar sus inhaladores?
4. ¿Cuándo está de vacaciones o fin de semana, deja de tomar sus inhaladores?
5. ¿Cuándo está nervioso o triste, deja de tomar sus inhaladores?
6. ¿Deja de tomar sus inhaladores por miedo a posibles efectos secundarios?
7. ¿Deja de tomar sus inhaladores por considerar que son de poca ayuda para tratar su enfermedad?
8. ¿toma menos inhalaciones de las que su médico le prescribió?
9. ¿Deja de tomar sus inhaladores porque considera que interfieren con su vida cotidiana o laboral?
10. ¿Deja de tomar sus inhaladores porque tiene dificultad para pagarlos?

Las dos siguientes preguntas son respondidas por el profesional sanitario:

- 11 ¿ Conoce o recuerda el paciente la pauta de dosis y frecuencia que se le prescribió? No Sí
- 12 La técnica de inhalación del dispositivo del paciente es (comprobar técnica de inhalación)
Con errores críticos (especificar) Sin errores críticos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Indicador de asistencia a reunión inicial y clase formativa.
Número de miembros que han asistido reunión inicial/número de miembros del equipo: 5 / 8 = 62% . Acudieron asimismo a la reunión 3 pediatras de Atención Primaria que no participan en este proyecto.

Justificaron su ausencia a la reunión inicial por problemas de incompatibilidad de agenda las MIR de pediatría, las cuales recibieron posteriormente clase formativa impartida por sus tutoras en el CS, Dras Lostal y Martínez, que sí que acudieron a la reunión inicial. Asimismo se consensuó la actividad de enfermería en la educación de los niños en el manejo de los dispositivos por las Dras. Lostal y Martínez.
Número de miembros del equipo que han recibido clase formativa/número de miembros del equipo: 8/8 =100%.

2. Indicador de entrenamiento uso DPI
Número de niños a los que se ha realizado el entrenamiento/ número total de niños incluidos en el proyecto: 24/24= 100%

3. Indicador de valoración de adherencia test de TAI
Número de niños que han realizado el test de TAI/número total de niños incluidos en el proyecto: 24/24= 100%

4. Indicador de valoración de satisfacción de uso del DPI, test FSI -10
Número de niños que han realizado el test FSI-10/ N° total de niños incluidos en el proyecto: 24/24 = 100%.

No se ha realizado la estadística de los resultados de los test realizados a los niños, a la espera de seguir con el proyecto, aumentado el número de niños incluidos en el estudio, para conseguir unos datos que sean significativos

Reunión final y Evaluación del proyecto (enero 2020)

Los resultados de los indicadores han sido satisfactorios, sin embargo, ha sido difícil conseguir el objetivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

de 40 niños incluidos, 10 niños por cupo de pediatría, por lo que se ha realizado una encuesta final entre los pediatras que han participado en este proyecto para evaluar las fortalezas y las debilidades del mismo. Se adjunta a continuación el modelo de encuesta de respuesta múltiple y los resultados (5 encuestas)

- 100% utiliza habitualmente DPI
- 100% conoce los DPI Turbuhaler, Easyhaler y Accuhaler. Uno incluye Ellipta.
- 100% utiliza los dispositivos MDI siempre con cámara
- 100% a partir de 6 años utiliza preferiblemente DPI
- En el tratamiento de la reagudización de asma en niños 6-12 años, sin signos de gravedad, 40% utiliza monoterapia de beta2 de corta a demanda y el 60% asocia al beta2 de corta, corticoide inhalado.
- En el tratamiento de la reagudización de asma en niños mayores de 12 años sin signos de gravedad, el 100% utiliza la combinación de formoterol y budesonida DPI a demanda y el 40% también beta2 de corta en monoterapia o asociados a CI.
- 100% conoce las recomendaciones de la Global Initiative asthma (GINA) 2019 sobre el uso de la asociación formoterol y CI para tratamiento del asma y las recomienda en terapia de mantenimiento y rescate en mayores de 12 años. Entre 6-y 12 años, el 40% la recomienda en terapia de mantenimiento.
- 100% ha mejorado el conocimiento de la actualización de la GINA 2019
- 80% ha aumentado el uso de DPI en vez de MDI + cámara en mayores de 6 años.
- 100% ha aumentado el uso de la asociación formoterol y CI para el tratamiento del asma en niños.
- En relación a las dificultades, el 100% señala el poco tiempo disponible en consulta para la realización de los test, como el motivo por el que es difícil alcanzar el objetivo de niños incluidos.
- 40% señaló la poca costumbre de uso de la asociación de broncodilatadores de larga y corticoide en pediatría.
- 20% Reticencia de las familias a cambiar de dispositivo.

Encuesta sobre uso de dispositivos inhalación polvo seco (DPI) para tratamiento del asma en pediatría (puede anotar más de una respuesta)

1. ¿Utiliza DPI?

1. Sí, habitualmente
2. Sí, pero sólo en terapia de mantenimiento
3. No
4. Me falta información para su uso en niños

2. Señalar los DPI que conoce

1. Turbuhaler
2. Easyhaler
3. Accuhaler
4. Otros, señalar

3. Cuando utiliza dispositivos MDI en niños, lo hace con cámara de inhalación

1. Siempre, en todas las edades
2. Sólo en menores de 6 años
3. Depende del niño y la familia
4. A partir de 6 años utilizo preferiblemente dispositivos de polvo seco

4. En niños entre 6 y 12 años que le consultan por reagudización de asma, sin signos de gravedad en ese momento, señalar el tratamiento inhalado que más habitualmente les recomienda:

1. Salbutamol o terbutalina a demanda
2. Salbutamol o terbutalina a demanda + corticoide inhalado presurizado (MDI)
3. Salbutamol o terbutalina a demanda + corticoide DPI
4. Otros, señalar

5. En niños mayores de 12 años que le consultan por reagudización de asma, sin signos de gravedad en ese momento, señalar el tratamiento que más habitualmente les recomienda:

1. Salbutamol o terbutalina a demanda
2. Salbutamol o terbutalina a demanda + corticoide inhalado
3. Combinación de formoterol y budesonida DPI a demanda
4. No hago diferencias de tratamiento entre los mayores de 6 años y los de 12 años

6. ¿Conoce las recomendaciones de la GINA 2019 sobre el uso de la asociación formoterol + CI en el tratamiento del asma?

1. Sí, las recomiendo en terapia de mantenimiento en mayores de 6 años
2. Sí, las recomiendo en terapia de mantenimiento y rescate en mayores de 12 años
3. No las recomiendo en pediatría
4. Me falta información sobre su uso adecuado en pediatría

7. Su participación en el proyecto de calidad sobre el uso de DPI en el asma :

1. Me ha ayudado a conocer mejor las recomendaciones actualizadas de la GINA
2. He aumentado el uso de Corticoide inhalado en DPI en vez de MDI + cámara en mayores de 6 años
3. He aumentado el uso de la asociación formoterol y CI para el tratamiento del asma en niños
4. No he cambiado mis recomendaciones terapéuticas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

8. Señalar qué dificultades ha encontrado al realizar el proyecto de calidad

1. Poco tiempo en consulta para explicar el uso de los DPI
2. . Poco tiempo para realizar los test de adherencia y satisfacción
3. Poca costumbre de manejo de la asociación LABA + CI en pediatría
4. Reticencia de las familias a cambiar de dispositivo

Si tiene alguna sugerencias que le parece de interés en relación con el manejo actualizado del asma en el niño, le agradecería nos la aportara
Realizar sesiones formativas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se ha mostrado eficaz en conseguir un entrenamiento y seguimiento adecuado de los niños en tratamiento con dispositivos de polvo seco, lo que es fundamental para que la medicación sea inhalada de forma adecuada y el asma esté bien controlado.

Es importante asimismo, la mejora del conocimiento sobre actualización del asma que la participación en este proyecto ha supuesto para los profesionales sanitarios tal y como ellos mismos han contestado en la encuesta final. Entre las sugerencias realizadas se encuentra la realización de charlas formativas para la actualización de temas.

Todo ello conlleva un mejor control del asma y una mejoría de la calidad asistencial y seguridad del paciente, disminuyendo los costes asistenciales .

Sin embargo, se ha constatado falta de tiempo para la realización de los test sobre todo en la visita inicial, por lo que se ha consensuado la continuación del proyecto en la próxima convocatoria, corrigiendo las dificultades detectadas:

- Realizar los test sólo a los niños con DPI en la visita de seguimiento, lo que puede realizarse de forma programada.

El papel de la enfermera es fundamental en el entrenamiento del uso de los DPI, pero se puede incluir también su participación en la realización de los test de adherencia y satisfacción, que posteriormente serían supervisados por el pediatra, colaborando así en la visita de seguimiento programada.

Dada la mejora de la calidad asistencial, el equipo ha consensuado la continuidad del proyecto y ha planteado una reunión con pediatras del Sector interesados en el mismo, para su posible realización en otros Centros de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1444 ===== ***

Nº de registro: 1444

Título
MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

Autores:
PEREZ CAMO IGNACIO JAVIER, LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL, MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES, RAMIREZ GOMARA ANA ISABEL, SANJUAN CASAMAYOR PILAR, TORNOS SIMON TERESA, GARCIA CASTELLANOS TERESA, TORMO SEMPERE YAIZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en pediatría con una prevalencia del 10%, requiriendo tratamiento de fondo en relación a su nivel de gravedad, para evitar exacerbaciones, controlando los síntomas y mejorando la calidad de vida de los niños.

Para que este tratamiento de fondo sea eficaz, requiere una adecuada adherencia, en lo que influye el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

dispositivo utilizado.

Los inhaladores presurizados dosificados (MDI) presentan algunos inconvenientes:

- Necesidad de coordinación pulsación - inspiración.
- Necesidad de uso de cámaras espaciadoras, que son voluminosas y dificultan el transporte.
- Favorecen el depósito orofaríngeo y deglución posterior de gran parte de la medicación, Efecto freón-frío, que inhibe la inspiración.

- Solo un 10 % llega a la vía aérea inferior

Ventajas de los inhaladores de polvo seco (DPI):

- Facilidad de manejo.
- Obligada coordinación con la inspiración.
- El principio activo llega puro a los pulmones.
- Libre de propelentes y sus efectos nocivos.
- Pequeño tamaño y fácil transporte.

Estos dispositivos consiguen un depósito intrapulmonar del fármaco entre el 11% y el 20% de la dosis, necesitando un mínimo de flujo inhalatorio de 30 - 50 l/minuto, según los distintos dispositivos, lo que es posible para un niño colaborador a partir de los 5 o 6 años.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Entrenamiento a los niños mayores de 6 años, diagnosticados de asma y en tratamiento de fondo con corticoides inhalados, solos o asociados a LABA, en adquirir habilidades prácticas en el manejo de inhaladores de polvo seco, cuyo uso hay que adaptarlo a la edad y características del paciente (El pediatra de Atención Primaria y los dispositivos de inhalación. Documento técnico del Grupo de Vías Respiratorias, disponible en <http://aepap-org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>)
2. Encuesta de satisfacción de uso del DPI y adherencia

MÉTODO

- Reunión inicial del equipo de calidad para consensuar programa y sesión formativa impartida por el responsable del proyecto
- Elaboración de hoja informativa de uso de DPI para proporcionar a los pacientes
- Cada pediatra miembro del equipo, seleccionará de su consulta a 10 niños mayores de 6 años, diagnosticados de asma y que requieran tratamiento de fondo con CI sólo o en asociación con beta2 de larga (en este caso edad a partir de la indicada en ficha técnica) y se le entrenará en el uso de DPI, seguimiento y encuesta de satisfacción según ficha adjunta.
- Seguimiento de la adherencia al tratamiento test de Morisky
- Encuesta de satisfacción sobre uso de DPI. Cuestionario FSI-10. En niños mayores de 12 años, la encuesta será realizada al niño
- Reunión final con los resultados alcanzados.

Cuestionario de satisfacción uso del dispositivo Cuestionario FSI-10

1. ¿Le ha resultado fácil aprender a manejar este aparato de inhalación?
2. ¿Le ha resultado fácil preparar este aparato de inhalación para realizar la inhalación?
3. ¿Le ha resultado fácil usar este aparato de inhalación?
4. ¿Le ha resultado fácil mantener el aparato de inhalación en buenas condiciones de uso e higiene?
5. ¿Le ha resultado fácil seguir realizando sus actividades habituales con el uso de este aparato de inhalación?
6. ¿Le ha resultado cómodo adaptar el aparato de inhalación a sus labios?
7. ¿Le ha resultado cómodo el aparato de inhalación en cuanto a peso y tamaño?
8. ¿Le ha resultado cómodo llevar consigo (transportar) el aparato de inhalación?
9. Cuando realiza la inhalación, ¿se queda usted con la sensación de haber utilizado el aparato de inhalación correctamente?
10. En general, teniendo en cuenta todo lo anterior, ¿está usted satisfecho con el aparato de inhalación?

Control adherencia al tratamiento Test de Morisky

INDICADORES

1. Indicador de asistencia a reunión inicial y clase formativa
Número de miembros del equipo/ número de miembros que han asistido
2. Indicador de entrenamiento uso DPI
Número de niños a los que se ha realizado/ total de niños incluidos en el estudio
3. Indicador de valoración de adherencia
Número de niños que han realizado el test de Morisky / total de niños incluidos en el estudio
4. Indicador de valoración de satisfacción de uso del DPI
Número de niños que han realizado el cuestionario FSI-10/ total de niños incluidos en el estudio

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

1. Reunión de formación Mayo Junio 2019
2. Recogida de la muestra Junio Octubre 2019
3. Evaluación de indicadores Noviembre 2019
4. Reunión final de los miembros del equipo para exponer y analizar resultados 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 - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE IGNACIO JAVIER PEREZ CAMO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL
MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES
RAMIREZ GOMARA ANA ISABEL
SANJUAN CASAMAYOR PILAR
TORNOS SIMON TERESA
GARCIA CASTELLANOS TERESA
TORMO SEMPERE YAIZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión inicial del equipo de calidad para consensuar programa y sesión formativa impartida por el responsable del proyecto. Fué impartida en Junio del 2019 por el Dr. Ignacio Pérez Camo, Alergólogo del hospital Royo Villanova Sector 1, coordinador de este proyecto. En la sesión formativa se incluyó la actualización de la GINA. Esta reunión formativa, dado su interés, se amplió a otros pediatras del Sector interesados en el tema, aunque no formaran parte del proyecto de calidad.

Al realizar el consenso sobre el proyecto, el Dr. Pérez Camo recomendó realizar como test de adherencia al tratamiento, el TAI, pues aunque es más complejo, aporta más datos que el test de Morisky. Siguiendo sus recomendaciones se sustituyó el test de Morisky por el TAI.

- Hoja informativa de uso de DPI para los pacientes. Disponibles en el Documento técnico del Grupo de Vías Respiratorias, <http://aepap-org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>).

- Realización de la ficha de paciente, Junio 2019. Para facilitar la recogida de datos y que se realizara de manera uniforme, se realizó ficha anonimizada de seguimiento de los niños incluidos en el estudio, en la que se identificaban por números.

- Realización del proyecto: Entre Junio 2019 y Diciembre 2019 se han incluido 24 niños mayores de 6 años, diagnosticados de asma y que requerían tratamiento inhalador, recomendándoles un dispositivo de polvo seco (DPI). La valoración y seguimiento de estos niños fué realizada por las pediatras participantes en el proyecto, en colaboración con las MIR de pediatría también incluidas en este proyecto de calidad.

A la totalidad de niños incluidos se les entrenó en la primera consulta sobre el uso del dispositivo, actividad realizada con la ayuda de la enfermera de pediatría miembro del equipo. Se les citó a los 10-15 días para visita de seguimiento y realización del test TAI de adherencia y el cuestionario FSI-10, de satisfacción del dispositivo. Además, a aquellos niños que habían utilizado previamente un dispositivo de inhalación con cámara, se les realizó en la visita inicial, el TAI y el FSI-10 en relación con dicho dispositivo.

Se adjunta modelo de la ficha realizada
FICHA PACIENTE/ NUMERO DR.

Fecha de inclusión en estudio:

Edad:
Sexo: Masculino Femenino
Nivel de gravedad del asma: Intermitente Leve Persistente Moderada Persistente

SI usa inhaladores para tratamiento de fondo

Especificar dispositivo:
Fecha que inicio tratamiento:
Realizar cuestionario satisfacción dispositivo que estaba usando (A) (B)

NO uso previo de inhaladores para tratamiento de fondo

Tratamiento que se recomienda (especificar dispositivo):
CI CI + LABA Antileucotrienos

¿Se explica en consulta el uso de DPI?: SI NO

En ambos casos, dar cita para siguiente visita (2-3 semanas)

(A) Cuestionario de satisfacción uso del dispositivo. Cuestionario FSI-10
Respecto al sistema de inhalación que ha estado usando en la última semana, ¿cómo puntuaría usted los siguientes aspectos? Especificar si la respuesta es NO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

1. ¿Le ha resultado fácil aprender a manejar este aparato de inhalación?
SI NO
2. ¿Le ha resultado fácil preparar este aparato de inhalación para realizar la inhalación?
SI NO
3. ¿Le ha resultado fácil usar este aparato de inhalación?
SI NO
4. ¿Le ha resultado fácil mantener el aparato de inhalación en buenas condiciones de uso e higiene?
SI NO
5. ¿Le ha resultado fácil seguir realizando sus actividades habituales con el uso de este aparato de inhalación?
SI NO
6. ¿Le ha resultado cómodo adaptar el aparato de inhalación a sus labios?
SI NO
7. ¿Le ha resultado cómodo el aparato de inhalación en cuanto a peso y tamaño?
SI NO
8. ¿Le ha resultado cómodo llevar consigo (transportar) el aparato de inhalación?
SI NO
9. Cuando realiza la inhalación, ¿se queda usted con la sensación de haber utilizado el aparato de inhalación correctamente?
SI NO
10. En general, teniendo en cuenta todo lo anterior, ¿está usted satisfecho con el aparato de inhalación?
SI NO

Test de Adhesión a los inhaladores TAI.

Las respuestas posibles de las primeras 10 preguntas contestadas por el paciente mayor de 12 años o sus tutores son: Todas, más de la mitad, aproximadamente la mitad, menos de la mitad, ninguna.

1. ¿En los últimos días cuantas veces olvidó tomar sus inhaladores habituales ?
2. ¿Se olvida de tomar los inhaladores?
3. ¿Cuando se encuentra bien, deja de tomar sus inhaladores?
4. ¿Cuándo está de vacaciones o fin de semana, deja de tomar sus inhaladores?
5. ¿Cuándo está nervioso o triste, deja de tomar sus inhaladores?
6. ¿Deja de tomar sus inhaladores por miedo a posibles efectos secundarios?
7. ¿Deja de tomar sus inhaladores por considerar que son de poca ayuda para tratar su enfermedad?
8. ¿toma menos inhalaciones de las que su médico le prescribió?
9. ¿Deja de tomar sus inhaladores porque considera que interfieren con su vida cotidiana o laboral?
10. ¿Deja de tomar sus inhaladores porque tiene dificultad para pagarlos?

Las dos siguientes preguntas son respondidas por el profesional sanitario:

11. ¿ Conoce o recuerda el paciente la pauta de dosis y frecuencia que se le prescribió? No Sí
12. La técnica de inhalación del dispositivo del paciente es (comprobar técnica de inhalación)
Con errores críticos (especificar) Sin errores críticos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Indicador de asistencia a reunión inicial y clase formativa.

Número de miembros que han asistido reunión inicial/número de miembros del equipo: 5 / 8 = 62% . Acudieron asimismo a la reunión 3 pediatras de Atención Primaria que no participan en este proyecto.

Justificaron su ausencia a la reunión inicial por problemas de incompatibilidad de agenda las MIR de pediatría, las cuales recibieron posteriormente clase formativa impartida por sus tutoras en el CS, Dras Lostal y Martínez, que sí que acudieron a la reunión inicial. Asimismo se consensuó la actividad de enfermería en la educación de los niños en el manejo de los dispositivos por las Dras. Lostal y Martínez.

Número de miembros del equipo que han recibido clase formativa/número de miembros del equipo: 8/8 =100%.

2. Indicador de entrenamiento uso DPI

Número de niños a los que se ha realizado el entrenamiento/ número total de niños incluidos en el proyecto: 24/24= 100%

3. Indicador de valoración de adherencia test de TAI

Número de niños que han realizado el test de TAI/número total de niños incluidos en el proyecto: 24/24= 100%

4. Indicador de valoración de satisfacción de uso del DPI, test FSI -10

Número de niños que han realizado el test FSI-10/ N° total de niños incluidos en el proyecto: 24/24 = 100%.

No se ha realizado la estadística de los resultados de los test realizados, a la espera de seguir con el proyecto, incluyendo más niños en el estudio, para conseguir unos datos que sean significativos

Reunión final y Evaluación del proyecto (enero 2020)

Los resultados de los indicadores han sido satisfactorios, sin embargo, ha sido difícil conseguir el objetivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

de 40 niños incluidos, 10 niños por cupo de pediatría, por lo que se ha realizado una encuesta final entre los pediatras que han participado en este proyecto para evaluar las fortalezas y las debilidades del mismo. Se adjunta a continuación el modelo de encuesta de respuesta múltiple y los resultados (5 encuestas)

- 100% utiliza habitualmente DPI
- 100% conoce los DPI Turbuhaler, Easyhaler y Accuhaler. Uno incluye Ellipta.
- 100% utiliza los dispositivos MDI siempre con cámara
- 100% a partir de 6 años utiliza preferiblemente DPI
- En el tratamiento de la reagudización de asma en niños 6-12 años, sin signos de gravedad, 40% utiliza monoterapia de beta2 de corta a demanda y el 60% asocia al beta2 de corta, corticoide inhalado.
- En el tratamiento de la reagudización de asma en niños mayores de 12 años sin signos de gravedad, el 100% utiliza la combinación de formoterol y budesonida DPI a demanda y el 40% también beta2 de corta en monoterapia o asociados a CI.
- 100% conoce las recomendaciones de la Global Initiative asthma (GINA) 2019 sobre el uso de la asociación formoterol y CI para tratamiento del asma y las recomienda en terapia de mantenimiento y rescate en mayores de 12 años. Entre 6-y 12 años, el 40% la recomienda en terapia de mantenimiento.
- 100% ha mejorado el conocimiento de la actualización de la GINA 2019
- 80% ha aumentado el uso de DPI en vez de MDI + cámara en mayores de 6 años.
- 100% ha aumentado el uso de la asociación formoterol y CI para el tratamiento del asma en niños.
- En relación a las dificultades, el 100% señala el poco tiempo disponible en consulta para la realización de los test, como el motivo por el que es difícil alcanzar el objetivo de niños incluidos.
- 40% señaló la poca costumbre de uso de la asociación de broncodilatadores de larga y corticoide en pediatría.
- 20% Reticencia de las familias a cambiar de dispositivo.

Encuesta sobre uso de dispositivos inhalación polvo seco (DPI) para tratamiento del asma en pediatría (puede anotar más de una respuesta)

1. ¿Utiliza DPI?

1. Sí, habitualmente
2. Sí, pero sólo en terapia de mantenimiento
3. No
4. Me falta información para su uso en niños

2. Señalar los DPI que conoce

1. Turbuhaler
2. Easyhaler
3. Accuhaler
4. Otros, señalar

3. Cuando utiliza dispositivos MDI en niños, lo hace con cámara de inhalación

1. Siempre, en todas las edades
2. Sólo en menores de 6 años
3. Depende del niño y la familia
4. A partir de 6 años utilizo preferiblemente dispositivos de polvo seco

4. En niños entre 6 y 12 años que le consultan por reagudización de asma, sin signos de gravedad en ese momento, señalar el tratamiento inhalado que más habitualmente les recomienda:

1. Salbutamol o terbutalina a demanda
2. Salbutamol o terbutalina a demanda + corticoide inhalado presurizado (MDI)
3. Salbutamol o terbutalina a demanda + corticoide DPI
4. Otros, señalar

5. En niños mayores de 12 años que le consultan por reagudización de asma, sin signos de gravedad en ese momento, señalar el tratamiento que más habitualmente les recomienda:

1. Salbutamol o terbutalina a demanda
2. Salbutamol o terbutalina a demanda + corticoide inhalado
3. Combinación de formoterol y budesonida DPI a demanda
4. No hago diferencias de tratamiento entre los mayores de 6 años y los de 12 años

6. ¿Conoce las recomendaciones de la GINA 2019 sobre el uso de la asociación formoterol + CI en el tratamiento del asma?

1. Sí, las recomiendo en terapia de mantenimiento en mayores de 6 años
2. Sí, las recomiendo en terapia de mantenimiento y rescate en mayores de 12 años
3. No las recomiendo en pediatría
4. Me falta información sobre su uso adecuado en pediatría

7. Su participación en el proyecto de calidad sobre el uso de DPI en el asma :

1. Me ha ayudado a conocer mejor las recomendaciones actualizadas de la GINA
2. He aumentado el uso de Corticoide inhalado en DPI en vez de MDI + cámara en mayores de 6 años
3. He aumentado el uso de la asociación formoterol y CI para el tratamiento del asma en niños
4. No he cambiado mis recomendaciones terapéuticas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

8. Señalar qué dificultades ha encontrado al realizar el proyecto de calidad

1. Poco tiempo en consulta para explicar el uso de los DPI
2. . Poco tiempo para realizar los test de adherencia y satisfacción
3. Poca costumbre de manejo de la asociación LABA + CI en pediatría
4. Reticencia de las familias a cambiar de dispositivo

Si tiene alguna sugerencias que le parece de interés en relación con el manejo actualizado del asma en el niño, le agradecería nos la aportara

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se ha mostrado eficaz en conseguir un entrenamiento y seguimiento adecuado de los niños en tratamiento con dispositivos de polvo seco, lo que es fundamental para que la medicación sea inhalada de forma adecuada y el asma esté bien controlado.

Es importante asimismo, la mejora del conocimiento sobre actualización del asma que la participación en este proyecto ha supuesto para los profesionales sanitarios tal y como ellos mismos han contestado en la encuesta final. Entre las sugerencias realizadas se encuentra la realización de charlas formativas para la actualización de temas.

Todo ello conlleva un mejor control del asma y una mejoría de la calidad asistencial y seguridad del paciente, disminuyendo los costes asistenciales .

Sin embargo, se ha constatado falta de tiempo para la realización de los test sobre todo en la visita inicial, por lo que se ha consensuado la continuación del proyecto en la próxima convocatoria, corrigiendo las dificultades detectadas:

- Realizar los test sólo a los niños con DPI en la visita de seguimiento, lo que puede realizarse de forma programada.

El papel de la enfermera es fundamental en el entrenamiento del uso de los DPI, pero se puede incluir también su participación en la realización de los test de adherencia y satisfacción, que posteriormente serían supervisados por el pediatra, colaborando así en la visita de seguimiento programada.

Dada la mejora de la calidad asistencial, el equipo ha consensuado la continuidad del proyecto y ha planteado una reunión con pediatras del Sector interesados en el mismo, para su posible realización en otros Centros de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1444 ===== ***

Nº de registro: 1444

Título
MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

Autores:
PEREZ CAMO IGNACIO JAVIER, LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL, MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES, RAMIREZ GOMARA ANA ISABEL, SANJUAN CASAMAYOR PILAR, TORNOS SIMON TERESA, GARCIA CASTELLANOS TERESA, TORMO SEMPERE YAIZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en pediatría con una prevalencia del 10%, requiriendo tratamiento de fondo en relación a su nivel de gravedad, para evitar exacerbaciones, controlando los síntomas y mejorando la calidad de vida de los niños.

Para que este tratamiento de fondo sea eficaz, requiere una adecuada adherencia, en lo que influye el dispositivo utilizado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

Los inhaladores presurizados dosificados (MDI) presentan algunos inconvenientes:

- Necesidad de coordinación pulsación - inspiración.
- Necesidad de uso de cámaras espaciadoras, que son voluminosas y dificultan el transporte.
- Favorecen el depósito orofaríngeo y deglución posterior de gran parte de la medicación, Efecto freón-frío, que inhibe la inspiración.

Solo un 10 % llega a la vía aérea inferior

Ventajas de los inhaladores de polvo seco (DPI):

- Facilidad de manejo.
- Obligada coordinación con la inspiración.
- El principio activo llega puro a los pulmones.
- Libre de propelentes y sus efectos nocivos.
- Pequeño tamaño y fácil transporte.

Estos dispositivos consiguen un depósito intrapulmonar del fármaco entre el 11% y el 20% de la dosis, necesitando un mínimo de flujo inhalatorio de 30 - 50 l/minuto, según los distintos dispositivos, lo que es posible para un niño colaborador a partir de los 5 o 6 años.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Entrenamiento a los niños mayores de 6 años, diagnosticados de asma y en tratamiento de fondo con corticoides inhalados, solos o asociados a LABA, en adquirir habilidades prácticas en el manejo de inhaladores de polvo seco, cuyo uso hay que adaptarlo a la edad y características del paciente (El pediatra de Atención Primaria y los dispositivos de inhalación. Documento técnico del Grupo de Vías Respiratorias, disponible en <http://aepap-org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>)
2. Encuesta de satisfacción de uso del DPI y adherencia

MÉTODO

- Reunión inicial del equipo de calidad para consensuar programa y sesión formativa impartida por el responsable del proyecto
- Elaboración de hoja informativa de uso de DPI para proporcionar a los pacientes
- Cada pediatra miembro del equipo, seleccionará de su consulta a 10 niños mayores de 6 años, diagnosticados de asma y que requieran tratamiento de fondo con CI sólo o en asociación con beta2 de larga (en este caso edad a partir de la indicada en ficha técnica) y se le entrenará en el uso de DPI, seguimiento y encuesta de satisfacción según ficha adjunta.
- Seguimiento de la adherencia al tratamiento test de Morisky
- Encuesta de satisfacción sobre uso de DPI. Cuestionario FSI-10. En niños mayores de 12 años, la encuesta será realizada al niño
- Reunión final con los resultados alcanzados.

Cuestionario de satisfacción uso del dispositivo Cuestionario FSI-10

1. ¿Le ha resultado fácil aprender a manejar este aparato de inhalación?
2. ¿Le ha resultado fácil preparar este aparato de inhalación para realizar la inhalación?
3. ¿Le ha resultado fácil usar este aparato de inhalación?
4. ¿Le ha resultado fácil mantener el aparato de inhalación en buenas condiciones de uso e higiene?
5. ¿Le ha resultado fácil seguir realizando sus actividades habituales con el uso de este aparato de inhalación?
6. ¿Le ha resultado cómodo adaptar el aparato de inhalación a sus labios?
7. ¿Le ha resultado cómodo el aparato de inhalación en cuanto a peso y tamaño?
8. ¿Le ha resultado cómodo llevar consigo (transportar) el aparato de inhalación?
9. Cuando realiza la inhalación, ¿se queda usted con la sensación de haber utilizado el aparato de inhalación correctamente?
10. En general, teniendo en cuenta todo lo anterior, ¿está usted satisfecho con el aparato de inhalación?

Control adherencia al tratamiento Test de Morisky

INDICADORES

1. Indicador de asistencia a reunión inicial y clase formativa
Número de miembros del equipo/ número de miembros que han asistido
2. Indicador de entrenamiento uso DPI
Número de niños a los que se ha realizado/ total de niños incluidos en el estudio
3. Indicador de valoración de adherencia
Número de niños que han realizado el test de Morisky / total de niños incluidos en el estudio
4. Indicador de valoración de satisfacción de uso del DPI
Número de niños que han realizado el cuestionario FSI-10/ total de niños incluidos en el estudio

DURACIÓN

1. Reunión de formación Mayo Junio 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

- 2. Recogida de la muestra Junio Octubre 2019
- 3. Evaluación de indicadores Noviembre 2019
- 4. Reunión final de los miembros del equipo para exponer y analizar resultados Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0994

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO ANTE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA USON ALVAREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO GIMENO MARIA ANGELES
LOZANO SANCHEZ ELENA MARIA
DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han desarrollado reuniones espaciadas en tiempo suficiente como para ir tomando decisiones y aplicando las mismas en el ámbito asistencial. Dichas actas pueden consultarse en los anexos. Centrándonos ya en las actividades propiamente dichas, lo primero que se planteó fueron los criterios de inclusión al proyecto. Tras un consenso se acordó la idoneidad de basar el estudio en todos los pacientes que precisan tratamiento con TEC, ya sean ingresados en planta o provenientes de CMA.

Por otra parte, se planteó el orden cronológico en el que se llevarían a cabo las actividades propuestas, y el material a utilizar (hoja de registro). Nos centramos en el diseño de la hoja de registro, lo que buscamos fue que aportase todos los datos necesarios y que además fuese de fácil y clara cumplimentación para el personal que trabajamos con ella, así como visual a la hora de consulta de la misma para recoger información. La siguiente acción era poner en marcha nuestro registro, previa información a la supervisión de enfermería y compañeros de los servicios implicados. El registro iba a ser mínimo de 1 mes. Las actividades se han realizado en las fechas previstas. La participación del personal e implicación del mismo en la colaboración y desarrollo del proyecto la valoramos cómo muy buena.

Una vez determinados los pacientes a estudio, se revisa la historia y se realiza una entrevista con el objetivo de optimizar la preparación del paciente, valorar y mitigar la ansiedad previa a la terapia mediante acciones como:

- Información previa del proceso.
- Resolver todas sus dudas e inquietudes.
- Transmitir seguridad y tranquilidad.
- Establecer un ambiente de confianza.

Todas estas actividades son llevadas a cabo por el personal implicado en el proyecto perteneciente al servicio de Despertar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos recogido 20 hojas de registro cumplimentadas. Con el registro, sobre la cumplimentación de las normas previas a la terapia, 17 pacientes lo habían realizado correctamente y 3 no lo habían hecho. De los 3 pacientes que no habían realizado la preparación del TEC correctamente, las causas fueron el desconocimiento de las mismas por parte del paciente en 2 casos y en 1 de los casos el desconocimiento fue por parte del personal. Ante el registro del estado de ansiedad un 72% presenta un estado moderado de ansiedad, un 20%: leve y un 8%: grave.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ante el estudio de resultados y la experiencia directa de los componentes que hemos trabajado en este proyecto, entendemos que la introducción de la nueva hoja de registro ha sido satisfactoria para el personal que trabajamos en el en la actualidad. De esta manera se asegura la buena preparación del paciente antes de la realización del TEC así como disminución en el nivel de ansiedad del mismo.

7. OBSERVACIONES.

Se realizan las siguientes reuniones con las consiguientes actas.

ANEXO I

Acta I - 9 Sept. 2019
Proyecto de Mejora de Calidad 2016-0062

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0994

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO ANTE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Título: Manejo del Paciente Psiquiátrico ante la terapia electroconvulsiva.

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano.

1. Se elige a M Ángeles Gimeno como secretaria del proyecto
2. Se plantea el método de trabajo para realizar el seguimiento de los pacientes incluidos en el estudio.
3. Se elabora una hoja de registro para facilitar la recogida de datos.

Acta II - 16 oct. 2019

Proyecto de Mejora de Calidad 2016-0062

Título: Manejo del Paciente Psiquiátrico ante la terapia electroconvulsiva.

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano.

1. Se valoran los datos recogidos hasta el momento.

Acta III - 28 nov. 2019

Proyecto de Mejora de Calidad 2016-0062

Título: Manejo del Paciente Psiquiátrico ante la terapia electroconvulsiva.

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano.

1. Se expone la evolución de la recogida de datos.
2. Se propone realizar una hoja Excel con todos los datos para la posterior evaluación del proyecto.
3. Se plantea próxima reunión donde se analizará el estudio y se procederá a realizar la memoria.

Acta V - 20 Ene. 2020

Proyecto de Mejora de Calidad 2016-0062

Título: Manejo del Paciente Psiquiátrico ante la terapia electroconvulsiva.

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano.

1. Se revisan las conclusiones del trabajo.
2. Se diseña la memoria final.

Acta IV - 23 dic. 2019

Proyecto de Mejora de Calidad 2016-0062

Título: Manejo del Paciente Psiquiátrico ante la terapia electroconvulsiva.

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano.

1. Se expone la hoja Excel con los resultados obtenidos.
 2. Se comprueba todo el proceso.
 3. Se diseña un borrador para realizar la memoria final del proyecto.
- tes reuniones con sus consiguientes actas.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/994 ===== ***

Nº de registro: 0994

Título
MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO ANTE LA TERAPIA ELECTROCOMPULSIVA

Autores:
USON ALVAREZ CRISTINA, DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES, LOZANO SANCHEZ MARIA ELENA, GIMENO GIMENO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El paciente psiquiátrico es un paciente susceptible de no haber realizado correctamente el protocolo preterapia electroconvulsiva, así pues surge la necesidad de realizar un estudio de control que se hará inmediatamente antes del tec.
En este estudio se incluirá la necesidad de adecuar el estado de ansiedad de dichos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Visualizar las deficiencias en los pacientes psiquiátricos ante la terapia electroconvulsiva.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0994

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO ANTE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

MÉTODO

Realizaremos un estudio de las necesidades que surgen ante el TEC.
Estudiaremos la necesidad o no de un protocolo pre-TEC que se aplicaría en el Despertar (es donde se realiza el TEC).
Resaltaremos la necesidad del control de la ansiedad de estos pacientes ante esta terapia.
Estudiaremos la importancia de que todo el equipo sanitario actúe de la misma manera.
Para todo esto realizaremos reuniones periódicas y modificaciones de los aspectos de estudio necesarios.

INDICADORES

Número de pacientes que llegan al TEC sin haber cumplido las normas previas a la terapia.
Causas de este incumplimiento.
Destacaremos las causas, el por qué y cómo mejorar.

DURACIÓN

La duración del seguimiento será de un año.
Se realizarán reuniones periódicas para valorar el protocolo.

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 - 2019/0484

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CARRO DE INTUBACION DIFICIL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL CANO LAZARO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOROBIA BONEL RAQUEL
FACI BOUTHELIER ANGEL
GIMENEZ PEREZ SILVINA
HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD
ESBEC ALBALAD MARIA PILAR
LASALA CONTE ELENA
ROCHE ORDUNA MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se procede a la formación del grupo de trabajo en marzo de 2019. Se realiza la distribución de tareas, determinando como medio de intercambio de bibliografía y documentos el correo electrónico.

El cronograma inicial sufre las siguientes modificaciones:

-2ª reunión: junio de 2019. Elaboración del nuevo inventario y del documento de revisión y precinto del carro de intubación difícil (en adelante, CID); presentación de posibles formatos para la plantilla de chequeo.

-3ª reunión: noviembre de 2019. Presentación de la plantilla de chequeo, en formato Excel.

-4ª reunión: diciembre de 2019. Modificación de la composición del carro y su cartelería. Presentación del documento de revisión y la plantilla de chequeo final a la supervisión del servicio. Solicitud de fecha de impartición de la sesión formativa del equipo de enfermería, dentro del calendario de sesiones clínicas del primer semestre de 2020.

-10 enero 2020: presentación en sesión clínica de los documentos por parte de la supervisión del servicio. Puesta en marcha de la nueva sistemática de revisión según el calendario propuesto.

En la revisión bibliográfica, destacan los siguientes artículos (1, 2, 3), así como la recomendación de descarga de la aplicación de la DAS (Difficult Airway Society):

Frerk C, Mitchell VS, McNarry AF, Mendonca C, Bhagrath R, Patel A, O'Sullivan EP et Al. Difficult Airway Society intubation guidelines working group. Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults. British Journal of Anaesthesia, 115(6): 827-48 (2015) doi: 10.1093/bja/aev371 Advance Access Publication Date: 10 November 2015 Special Article.

Gómez-Ríos MA, Gaitini L, Matter I, Somri M. Guías y algoritmos para el manejo de la vía aérea difícil. Rev Española de Anestesiología y Reanimación 2018;65(1): 41-48. ID MEDES: 126476 DOI: 10.1016/j.redar.2017.07.009

Rosenblatt WH, Artime C. Management of the difficult airway for general anesthesia in adults. Literature review current through: Oct 2019. This topic last updated: May 23, 2019.
<https://www.uptodate.com/contents/management-of-the-difficult-airway-for-general-anesthesia-in-adults#references>

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualización del contenido del CID conforme a las necesidades actuales del servicio y los materiales disponibles, así como del protocolo existente de vía aérea difícil. Se descarta la necesidad de un maletín compacto que permita una posible atención extra quirúrgica; en tal necesidad se propone usar los video-laringoscopios (Glidescope o C-Mac), ya que su diseño con carro facilita la salida del bloque quirúrgico.

Nueva plantilla y sistemática de chequeo disponibles

Realización de al menos una sesión clínica formativa con los resultados del proyecto, además de la difusión de los documentos a través de las TIC a todo el personal del servicio.

Elaboración semestral de indicadores de calidad, comunicando oportunamente los datos a la supervisión del servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El uso del CID está ligado a situaciones urgentes en el manejo de la vía aérea, que requieren de una ubicación concreta y conocida del mismo, así como de un contenido fiable en cuanto a su disponibilidad y estado de uso.

Las actividades realizadas han sido concretas y su ejecución asequible por parte de todos los miembros del equipo. Pequeños gestos de un grupo dan lugar a buenas prácticas en materia de calidad y seguridad en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0484

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CARRO DE INTUBACION DIFICIL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

atención al paciente, y ponen en valor los recursos materiales públicos y a los profesionales que los manejan.

7. OBSERVACIONES.

Quedan a disposición de los evaluadores del proyecto, los documentos elaborados en el proyecto: sistemática de revisiones, plantilla de chequeo y protocolo de vía aérea difícil.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/484 ===== ***

Nº de registro: 0484

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DEL CARRO DE INTUBACION DIFICIL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
CANO LAZARO RAQUEL, BOROBIA BONEL RAQUEL, FACI BOUTHELIER ANGEL, GIMENEZ PEREZ SILVINA, HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD, ESBEK ALBALAD MARIA PILAR, LASALA CONTE ELENA, ROCHE ORDUNA MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente quirúrgico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Bloque Quirúrgico del Hospital Royo Villanova está dotado de un equipo de enfermería quirúrgica que desempeña sus funciones indistintamente en anestesia, como circulante, y en instrumentación. Debido al volumen de intervenciones quirúrgicas, la superespecialización dentro del Bloque Quirúrgico y la movilidad del equipo de enfermería, se inicia en el año 2015 el Proyecto de Mejora de la Calidad nº509 "Actualización de la Enfermera Quirúrgica en el uso del carro de intubación difícil". Este proyecto da como resultados la unificación de criterios, la elaboración de un listado de material, y la realización de sesiones formativas. La incorporación de nuevos materiales de anestesia, así como la renovación de los disponibles, deja en desuso parte del carro de intubación difícil (en adelante, CID). El reciente precinto del mismo, hace plantearse la periodicidad idónea de las revisiones. A su vez, la revisión de caducidades se realiza de manera informal, no estando estandarizada su revisión como el resto de equipos y materiales del servicio. Las circunstancias externas al Bloque Quirúrgico en las que se demandan materiales del CID, hace necesaria una visión de conjunto a la hora de diseñar el contenido del carro, para un posible traslado ágil y eficaz de los materiales. Con carácter general, resulta conveniente la revisión de la bibliografía existente en materia de protocolos de VAD para la actualización del ya existente como adjunto del CID.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal:
Revisar y actualizar el contenido del CID
Objetivos secundarios:
Elaborar una plantilla de chequeo del CID
Determinar el procedimiento de sellado del carro
Difundir las novedades entre el equipo de enfermería del Bloque Quirúrgico

MÉTODO

Formación de un grupo de trabajo, con el empleo de las TIC para establecer una comunicación ágil y eficaz.
Elaboración de un cronograma de trabajo.
Revisión bibliográfica de la VAD en los principales motores de búsqueda y en revistas de impacto.
Consenso con el Servicio de Anestesia y Reanimación en la elaboración del nuevo listado de equipos y materiales.
Sesión formativa del equipo de enfermería.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0484

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CARRO DE INTUBACION DIFICIL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

Elaboración de un listado completo con contenido y stock (formato Excel).
Diseño de una plantilla de chequeo.
Revisión de caducidades estandarizada.
Realización de al menos una sesión formativa.
Indicador semestral: nº de plantillas teóricas semanales/ nº plantillas reales cumplimentadas.
El estándar de calidad es del 95%

DURACIÓN

Fecha de inicio: marzo 2019.
Fecha de finalización: octubre 2019.
1ª reunión: marzo 2019; distribución de funciones y tareas.
2ª reunión: abril 2019; elaboración del nuevo listado, y presentación de formatos para la plantilla de chequeo.
3ª reunión: mayo 2019; presentación de la plantilla de chequeo y periodicidad de caducidades a Supervisión; reorganización del CID.
Septiembre-octubre 2019: sesiones formativas del equipo de enfermería.

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 - 2019/0978

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EJERCICIO SUPERVISADO EN REHABILITACIÓN CARDIACA

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE FERNANDO GARZA BENITO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALBARRAN MARTIN CARMEN
CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS
ACIN MIGUEL TERESA
CARNICER NAVARRO MARIA ANGELES
NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA
MENDOZA DILOY ABRAHAM
MUÑOZ DIESTRE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El programa de ejercicio supervisado domiciliario (SD) se ha desarrollado en la Unidad de rehabilitación cardiaca de Zaragoza (URHCZ) ubicada en H. Nuestra Señora de Gracia.
Realizaron programas completos: educativo (8 charlas grupales), prevención secundaria individualizada (deshabitación tabáquica, dietética, dislipemia, diabetes,..) y de ejercicio físico supervisado (valoración previa, prescripción ejercicio domiciliario, control quincenal de la actividad realizada y refuerzo de actividad a realizar,..). No se realizó en este grupo de pacientes programa psicológico al disponer la unidad de un solo día/semana de psicólogo clínico, queda pendiente la aplicación de este programa en cuanto se disponga de más tiempo de profesional. En el desarrollo del programa de SD han colaborado cardiólogos, médico rehabilitador, enfermería, fisioterapeutas, auxiliares clínicos y administrativo,...).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El cronograma de implantación se ha cumplido: Se inició la actividad de forma progresiva incluyéndose pacientes menores de 68 años con cardiopatía isquémica durante el primer semestre de 2019 formándose grupos de 5-7 pacientes para ir aumentando en número de pacientes hasta 10 por grupo, alcanzándose a completar grupos de 40 pacientes cada 8 semanas en el segundo semestre.
Plan de comunicación: Se presentó el proyecto a los Jefes de Servicio de cardiología de los tres hospitales de los que depende y derivan pacientes, áreas I, II y III de Zaragoza, posteriormente cada uno de los facultativos de la Unidad ha dado una sesión clínica en "su" hospital informando a los cardiólogos que derivan pacientes (hospitalización y ambulatorios) de la puesta en marcha de la SD y los criterios de inclusión de estos pacientes.
Evaluación de resultados:
La implementación del programa de SD ha permitido aumentar el número de pacientes atendidos en la URHCZ (50% más en 2019) pudiéndose ampliar la edad de inclusión de pacientes de 65 a 68 años. Los estándares de adherencia, calidad percibida y satisfacción son similares que los obtenidos en pacientes de programas de ejercicio físico presencial. Así mismo ha permitido realizar la rehabilitación cardíaca (RHC) a pacientes que por trabajo, distancia geográfica u otros motivos disponen de escaso tiempo para asistir a los programas de RHC

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este incremento de pacientes atendidos y el aumento de la edad de pacientes a incluir en programas ha conllevado un notable incremento de subprocesos de la unidad (consultas de inclusión y alta, ecocardiogramas, ergometrías, consultas de prevención secundaria: deshabitación tabáquica, dietética, diabetes,.. Todo ello ha llevado a un aumento de la demora en la consulta de inclusión en rehabilitación cardíaca e incremento del tiempo de inicio en RHC de los pacientes, situación que está en análisis para mejora de procesos que solucionen o minimicen esta demora. Una vez resuelto este punto el incremento será del 100% sobre 2018 (de 240 pts/año a 480 pts/año) pudiéndose incluir los menores de 70 años. Esperamos que se pueda cumplir en 2020.
En base a esta optimización de recursos se esta valorado el inicio de nuevos proyectos de mejora como la rehabilitación cardíaca en insuficiencia cardíaca, proyecto que esta en fase de diseño.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/978 ===== ***

Nº de registro: 0978

Título
PROGRAMA EJERCICIO FISICO SUPERVISADO EN REHABILITACION CARDIACA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0978

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EJERCICIO SUPERVISADO EN REHABILITACIÓN CARDIACA

Autores:
GARZA BENITO FERNANDO, ALBARRAN MARTIN CARMEN, CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS, ACIN MIGUEL TERESA, CARNICER NAVARRO MARIA ANGELES, NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA, MENDOZA DILOY ABRAHAM, MUÑOZ DIESTE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Rehabilitación cardiaca (RHC) es una disciplina de la cardiología reconocida en guías de actuación de las Sociedades de Cardiología con indicación clase IA en el tratamiento de cardiopatía isquémica, y en insuficiencia cardiaca. En 2015, se crea la "Unidad de Rehabilitación Cardiaca de Zaragoza" (URCZ) como una unidad común dependiente de los tres S. de Cardiología de las áreas asistenciales de Zaragoza (I, II y III) ubicada en el H. Nuestra Señora de Gracia (HNSG). Es una unidad ambulatoria con derivación de los pacientes al alta del hospital. Diseñada para abarcar un alto volumen de pacientes (en cuanto esté dotada del personal y equipamiento necesario) optimizando los recursos de los tres hospitales y del HNSG. Se estima que en actividad plena pueda atender a más de 800 pacientes al año (los generados en las tres áreas de insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica). El objetivo de los programas de RHC son lcardiopatas con especial atención en cardiopatía isquémica tras un evento agudo y en insuficiencia cardiaca. Con los recursos actuales, se atienden menores de 65 años, con el proyecto de SDE pretendemos atender a menores de 70 años.

RESULTADOS ESPERADOS

.El proyecto de "SDE" se pretende ampliar el número de pacientes a realizar rehabilitación cardiaca al año lo cual permitirá aumentar el rango de edad de inclusión de 65 a 70 años en cardiopatía isquémica e incorporar a los pacientes de insuficiencia cardiaca. La previsión de actividad duplicará el número de pacientes a incluir en RHC, pasando de 44 pacientes cada 8 semanas (240 pacientes/año) a 84 pacientes (504 pacientes/año).

MÉTODO

: El programa de "SDE" aplica el ejercicio de forma ambulatoria. En la inclusión separamos dos grupos: Pacientes con riesgo alto: realizaran programa de ejercicio físico presencial en gimnasio monitorizados y Pacientes de bajo riesgo que realizaran "SDE": ejercicio físico por su cuenta monitorizados y dirigidos por los fisioterapeutas, con controles cada 15 días. El resto de acciones: Valoración previa y final, Programas de prevención secundaria,... programa educativo,... serán los mismos para ambos grupos de pacientes. Los pacientes que entrarían en el programa de SDE serán: Pacientes en FASE II de RHC, menores de 70 y de bajo riesgo con hábitos de ejercicio físico adecuados o pacientes que por diferentes motivos no pueden realizar el programa de ejercicio físico presencial (falta de tiempo, distancia,...). PROGRAMAS DE SDE.- Se realizará un programa de 8 semanas, similar a la fase II habitual con cambios que se especifican a continuación: 1.-INCLUSION.- Se realizará la inclusión igual que el resto. La inclusión consta de: Consultas de Enfermería, Cardiología y Medico Rehabilitador, ECG, bioimpedancia, analítica, test de calidad de vida, cooximetría, ecocardiograma, ergometría,... 2.- PROGRAMA EDUCATIVO.- durante las 8 semanas una charla semanal de una hora, sobre temas relativos a la cardiopatía isquémica y su prevención. 3.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FACTORES DE RIESGO: cardiólogo y enfermería realizaran control de factores de riesgo del paciente: dietética, diabetes, tabaco,.. 4.- PROGRAMA DE EJERCICIO FISICO SUPERVISADO DOMICILIARIO. Tras evaluación de umbrales de riesgo, el Médico Rehabilitador emite una orden de tratamiento de ejercicio físico individualizada para cada paciente, que debe hacer domiciliariamente. Cada 15 días acudir al gimnasio de la URCZ donde el Fisioterapeuta evaluará la práctica del ejercicio prescrito al paciente. Anotara las incidencias del mismo e instruirá en grupo de los ejercicios de calentamiento, estiramientos, resistencia, ... 5.- PROGRAMA PSICOLOGICO. - Instrucción en técnicas de relajación y aspectos psicológicos. 6.- ALTA.- Al finalizar el programa se realizará una evaluación con informe de alta. 7.- REVISIONES: a los seis meses y año. Así como las consultas a demanda que solicite su médico de A. Primaria el primer año

INDICADORES

Se monitorizara los pacientes incluidos en programa, e indicadores de subprocesos, tiempos de demora de inclusión e inicio de programas

DURACIÓN

Implantación en 2019 a pacientes de áreas I, II y III, con criterios de inclusión y edades menores de 70 años.
Duración indefinida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0978

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EJERCICIO SUPERVISADO EN REHABILITACIÓN CARDIACA

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 - 2019/1247

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS FAMILIARES DESDE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE VERONICA ALIAGA RIVAS O'NEILL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARAGUAS BIESCAS MARIA ASUNCION
ALIACAR MUÑOZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 2 de abril 2019 se inició el screening de cardiopatías familiares en la consulta semanal de alta resolución en el Centro Médico de Espacialidades Grande Covián, con el objetivo de estudiar la posibilidad de ser portadores de enfermedad cardiovascular genéticamente determinada en pacientes con familiares portadores de las mismas. Las actividades llevadas a cabo en dicha consulta son las siguientes: realización de Electrocardiograma de 12 derivaciones en cada visita con descripción detallada del mismo (realizado por enfermería a cada paciente y analizado en la consulta de cardiología). Una historia clínica exhaustiva y dirigida haciendo hincapié en los antecedentes personales familiares cardiovasculares, detallando las edades de presentación de la enfermedad y de fallecimiento si fuera el caso, así como su relación familiar con el paciente estudiado. Se realizó un ecocardiograma Doppler color a todos los pacientes recabando datos habituales y otros más dirigidos a la entidad sospechada (se realiza con el ecocardiograma de la consulta evitando las demoras de la prueba solicitada en segundo tiempo). Toda esta información quedó plasmada en la historia clínica electrónica del paciente. Se realizó un árbol genealógico familiar de al menos tres generaciones, preguntando una a una por posibles enfermedades relacionadas con la Cardiopatía Familiar en estudio, esta información quedó solo plasmada en la historia clínica en papel del paciente por cuestiones de privacidad de datos (debido a que se deja constancia de patologías de sus familiares no presentes en la consulta en ese momento).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La totalidad de los pacientes estudiados (49 pacientes: 15% del total de los pacientes de alta resolución) fueron derivados desde atención primaria a través de la consulta virtual, siendo valorado en el término de 1 a 4 meses en función de lo comentado por su médico de cabecera. Los pacientes con familiares estudiados con genética diagnóstica se les solicito el estudio genético dirigido y fueron derivados a la consulta de cardiopatías familiares. (14 pacientes: 28%) A los pacientes con alteraciones morfológicas objetivadas en las pruebas diagnósticas iniciales se les solicito en su mayoría resonancia cardíaca confirmatoria y con el resultado positivo se los derivo a la consulta de cardiopatías familiares, el número de paciente que cumplimentaron estas etapas fue bajo debido a la demora de la técnica. (12 pacientes: 24%, no se contabilizan los que aún no tienen el resultado de las pruebas estructurales confirmatorias). Los pacientes sin evidencia de enfermedad y con familiares ya diagnosticados y en espera de resultados de estudios genéticos, se los cito nuevamente en 12 meses. (8 pacientes: 16%). Los pacientes con expresión fenotípica diagnosticada por las pruebas iniciales fueron tratados y derivados a la consulta de cardiopatías familiares. Todos ellos recibieron la indicación de estudio de screening familiar cardiovascular del resto de su familia. (12 pacientes: 24%) Hubo 3 casos (6%) donde al presentar datos claros de patología avanzada: enfermedad de Marfan con dilatación significativa de la aorta ascendente se realizaron las pruebas (genética, resonancia cardíaca y TC de aorta torácica) preferentes con intención de corrección quirúrgica de su patología. La demora entre el diagnóstico y la intervención fue menor de 5 meses en un paciente y el segundo y tercer paciente en estos momentos esperan la intervención no habiendo pasado esa fecha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este proyecto de mejora de la calidad en la atención de pacientes de la consulta de alta resolución orientado a la detección de cardiopatías genéticamente determinadas ha permitido el estudio inicial completo de 49 pacientes de un total de 320 pacientes vistos en la consulta (consulta de un día a la semana durante 9 meses). No se tienen en cuenta a los pacientes que se encuentran en espera de realización de prueba diagnóstica confirmatoria estructural por lo que el número podría ser mayor. Como puntos a mejorar en este proyecto cabría la realización de una vía más rápida para la realización de estas pruebas estructurales y también otra vía preferente en el servicio de genética a fin de disminuir los tiempos de citación y de realización de la prueba y posteriormente el diagnóstico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1247 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1247

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS FAMILIARES DESDE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Nº de registro: 1247

Título
PUESTA EN MARCHA DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS FAMILIARES DESDE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
ALIAGA RIVAS O'NEILL VERONICA, ARAGUAS BIESCAS ASUNCION, ALIACAR MUÑOZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: CARDIOPATIAS GENETICAMENTE DETERMINADAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Con el término cardiopatías familiares se designa un grupo de enfermedades cardiovasculares (miocardiopatías, canalopatías, algunas enfermedades aórticas y otros síndromes) que comparten una serie de características comunes: tienen una base genética, una presentación familiar, un curso clínico heterogéneo y, por último, todas pueden relacionarse con la muerte súbita. La muerte súbita tiene un alto impacto social, económico y mediático. La cardiopatía isquémica es la causa más importante de muerte súbita en individuos de edad avanzada con factores de riesgo de enfermedad coronaria, mientras que las cardiopatías Familiares son causa frecuente en menores de 35 años (ya sean deportistas o no).

Por todo esto se ha implementado la creación de unidades especializadas, de referencia, para el diagnóstico y el tratamiento de estas Cardiopatías Familiares. Estas unidades son multidisciplinarias y mantener una estrecha relación con otros servicios y especialidades.

En nuestro hospital recientemente se ha implementado la derivación a través de consultas virtuales desde atención primaria, del paciente con dudas sobre la posibilidad de presentación de patologías cardiovasculares. Desde el comienzo se ha notado un número importante de consultas en relación a la posibilidad de ser portador de una cardiopatía familiar presente y diagnosticada en familiar de primer grado. Por tal motivo creemos en la necesidad de focalizar estos pacientes en la consulta de alta de resolución con intención de aproximación diagnóstica para poder derivarlos posteriormente a la consulta especializada de cardiopatías familiares con las pruebas básicas ya realizadas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Estudiar a paciente con sospecha de cardiopatía familiar derivados desde atención primaria a través de Historia clínica exhaustiva, realización de ECG basal y ecocardiograma en la visita inicial.
- Solicitar valoración en la consulta de arritmias en los casos con evidencia clínica de presencia de alteración eléctrica y/o arritmias definidas.
- Solicitar estudio de imagen avanzado en los casos de alteración estructural cardiovascular.
- Realizar un seguimiento del paciente hasta que se defina la presencia/ausencia de cardiopatía familiar y su derivación a la consulta específica de cardiopatías genéticamente determinadas.

MÉTODO

La nueva consulta de alta resolución localizada en las consultas externas Grande Covián cuenta con la posibilidad de realización inmediata del ECG, historia clínica electrónica y ecocardiograma doppler en el mismo momento de la visita del paciente.

Los pacientes serán derivados a esta consulta en el mismo momento que se responde la consulta virtual de atención primaria, con la recomendación al médico de cabecera de la necesidad de aportar toda la información clínica de los familiares afectos del paciente derivado.

En el momento de la primera visita se realizará una entrevista exhaustiva al paciente poniendo especial interés en los siguientes apartados:

- Árbol familiar de al menos 3 generaciones preguntando una a una las posibles enfermedades relacionadas con la Cardiopatía Familiar en estudio.
- Características del trazado de ECG.
- Antecedentes personales familiares orientado a patología cardiovascular.
- Antecedentes de muerte súbita en la familia incluido lactantes.
- Antecedentes personales de síncope, palpitaciones o angina.

Se realizará un ecocardiograma reglado con valoración de diámetros y volúmenes de cavidades, espesor parietal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1247

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS FAMILIARES DESDE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL ROYO VILLANOVA

del VI y VD. Presencia de alteraciones estructurales miocárdicas, valvulares o de la aorta. Se solicitarán estudios específicos en relación a los hallazgos de la primera entrevista.

INDICADORES

- ECG de 12 derivaciones en cada visita: descripción detallada del mismo en relación con el total de pacientes visitados.
 - Arbol familiar de al menos tres generaciones, preguntando una a una por posibles enfermedades relacionadas con la CF en estudio en relación con el total de pacientes visitados. Fig.1 ejemplo de árbol familiar.
 - Total de pacientes diagnosticados en relación con el total de pacientes visitados.
 - Total de altas con exclusión de cardiopatías familiares en relación al total de pacientes visitados.
- Se valorará cada punto en cada HC realizada en estos pacientes.

DURACIÓN

Inicio inmediato ya que los recursos que necesitamos para empezar ya los tenemos. Se ha hablado con los integrantes del servicio de cardiología para dirigir las consultas virtuales con sospecha de cardiopatías familiares a la consulta de alta resolución.

OBSERVACIONES

En función del volumen de pacientes candidatos a esta consulta, se valorará la ampliación del número de consultas semanales destinadas al despistaje de cardiopatías familiares.

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 - 2019/1286

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ TRAS CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO

Fecha de entrada: 29/12/2019

2. RESPONSABLE SANTIAGO LAITA MONREAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORDON RUIZ RUBEN
ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL
AUQUILLA CLAVIJO PABLO ESTEBAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante un periodo de 4 meses, desde el 2 de mayo al 2 de septiembre de 2019, fueron registrados todos los pacientes a los que, por vía radial, se les realizó una coronariografía diagnóstica (sin revascularización) ambulatoria y aquellos en los que durante un ingreso agudo se les realizó una coronariografía diagnóstica y no eran subsidiarios de más estudio en dicho ingreso. Fueron recogidos datos de edad, género y motivo de petición de la prueba. Todos los pacientes se encontraban ingresados en el servicio de Cardiología del hospital Royo Villanova y fueron desplazados en ambulancia a nuestro centro de referencia (hospital Miguel Servet) con retorno tras la realización de la prueba. El resultado de la coronariografía fue evaluado por el médico responsable y el paciente fue informado debidamente. Si no había ninguna complicación o contraindicación se programaba el alta para esa misma tarde con un periodo de seguridad para la hemostasia y cicatrización de la punción de al menos 5 horas. Si el paciente retornaba a nuestro centro más allá del horario laboral y había un cardiólogo durante la guardia de Medicina interna éste informaba al paciente y daba el informe de alta ya elaborado previamente. En caso de no haber cardiólogo permaneció ingresado hasta el día siguiente para recibir toda la información.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El total de pacientes registrados fue de 48; 41 de ellos (85%) fueron pruebas programadas de forma ambulatoria y 7 (15%) fueron pacientes con ingreso agudo. La edad media fue 67.7 años, un 64.6% hombres y 35.4% mujeres. Entre las causas de la indicación del cateterismo se encuentran: estudio previo a cirugía valvular 45.8% (ninguno de ellos fue durante ingreso agudo); estudio etiológico de miocardiopatía 8.3%; dolor torácico 39.6%; estudio etiológico de arritmias ventriculares 6.3%.

Entre los 41 pacientes programados de forma ambulatoria 34 de ellos fueron dados de alta la misma tarde de la prueba, lo que representa un 83% (se cumplió el objetivo del 75%). Dado que hubo 7 pacientes ingresados de forma aguda que fueron dados de alta el mismo día de la realización de un cateterismo diagnóstico hacen un total de 41 pacientes con alta precoz. Esto implica que se generará una tasa de 10.25 altas precoces al mes, equivalente a un ahorro de 10.25 días de estancia al mes.

Las causas por las que en 7 pacientes no se realizó alta precoz fueron las siguientes: 2 pacientes permanecieron ingresados para mejorar la función renal y evitar la nefropatía por contraste; 1 paciente portador de prótesis metálica requirió ajustar la dosis de anticoagulación antes de ser dado de alta; 1 paciente permaneció ingresado para estudio de una masa pulmonar; 1 paciente alérgico al yodo fue supervisado durante 24 horas por posibilidad de reacción al contraste yodado; 2 pacientes que necesitaron instrucciones antes del alta tuvieron un retorno tardío al hospital más allá del horario ordinario y sin cardiólogo durante esa tarde.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la realización de este proyecto hemos podido disminuir la estancia de nuestros pacientes sin empeorar su seguridad. Se han disminuido más de 10 días de estancia al mes lo que extrapolándolo a lo largo del año se podría llegar a más de 120 días de estancia. Ante estos resultados se ha continuado con esta dinámica de trabajo estableciéndose como rutina. El único aspecto con potencial de mejora es la hora de retorno de los pacientes para que puedan ser informados y dados de alta el mismo día; en nuestros resultados sólo 2 pacientes han sido perjudicados por este contexto lo que representa el 5% de los pacientes programados. No obstante se intentará mejorar la coordinación de su asistencia para reducirlo lo máximo posible.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1286 ===== ***

Nº de registro: 1286

Título
ALTA PRECOZ TRAS CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO

Autores:
LAITA MONREAL SANTIAGO, CORDON RUIZ RUBEN, ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL, AUQUILLA CLAVIJO PABLO ESTEBAN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1286

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ TRAS CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cateterismo cardiaco coronario es un procedimiento invasivo utilizado para examinar el estado de las arterias coronarias con el objetivo principal de diagnosticar una enfermedad coronaria. Aunque existen otras, las principales indicaciones son la sospecha de la existencia de una cardiopatía isquémica o la evaluación del árbol coronario previo a una intervención quirúrgica cardiaca. La primera opción supone la posibilidad de tratar las obstrucciones existentes mediante stent o dilatación con balón, procedimiento terapéutico, de mayor riesgo que el diagnóstico, que en condiciones habituales requiere una vigilancia de al menos 24 horas para descartar cualquier complicación trombotica intrastent. Sin embargo, cuando a pesar de la sospecha no hay enfermedad coronaria o se trata de evaluar el estado coronario en el estudio previo a una cirugía valvular el procedimiento conlleva un riesgo mucho menor, relacionado principalmente con problemas en los puntos de acceso vascular. La ausencia de las mismas permitiría dar el alta al paciente tras un periodo de pocas horas de vigilancia.

La actuación respecto a los cateterismos cardiacos en nuestro servicio es de vigilancia durante 24 horas, con pernoctación del paciente tras el procedimiento. Esto es debido varias causas: el retorno del paciente desde el hospital de referencia en que se realiza la técnica suele ser tardío, incluso a veces posterior al fin de la jornada laboral, dificultando o impidiendo la evaluación del paciente por parte de su cardiólogo responsable; ausencia de guardias de Cardiología, siendo éstas de Medicina Interna y llevadas a cabo por médicos de diversas especialidades no familiarizados con esta técnica.

Un alta precoz en los pacientes en los que el estudio sólo se ha limitado a un procedimiento diagnóstico permitiría reducir en algún grado la estancia media y liberar camas que podrían ser utilizadas por pacientes pendientes de ingreso en Urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el alta en el mismo día en aquellos pacientes sometidos a un cateterismo cardiaco diagnóstico y que no presenten factores de riesgo de complicación para mejorar la comodidad del paciente, reducir la ocupación de camas y agilizar la disponibilidad para pacientes en Urgencias pendientes de ingreso.

MÉTODO

Todos los pacientes con cateterismo cardiaco no terapéutico por vía de acceso radial programado de forma ambulatoria con retorno precoz a nuestro centro desde la sala de Hemodinámica serán evaluados por su cardiólogo responsable y si no hay contraindicación se planificará su alta tras un periodo de seguridad suficiente para esa misma tarde y siempre que enfermería no sospeche ninguna complicación tras la retirada del apósito compresivo. En aquellos pacientes que tengan un retorno tardío más allá de la jornada laboral, se revisará el informe realizado por Hemodinámica en intranet y si no hay contraindicación se elaborará el informe para el alta, que se dará a lo largo de la tarde por parte del médico de guardia, únicamente si éste es cardiólogo, y tras una evaluación clínica previa.

Para los pacientes en ingreso por patología aguda cuyo fin del estudio corresponda con un cateterismo cardiaco no terapéutico se valorará igualmente la idoneidad del alta precoz en función de la situación del paciente, de acuerdo con las indicaciones previas.

INDICADORES

- Número total de cateterismos ambulatorios programados que no han requerido revascularización
- Número de altas precoces (la misma tarde del cateterismo) en cateterismos ambulatorios programados que no han requerido revascularización
- % de altas precoces en cateterismos programados que no han requerido revascularización. El objetivo a perseguir será de un 75%
- Número de altas precoces (la misma tarde del cateterismo) en cateterismos de pacientes con ingreso agudo que no han requerido revascularización
- Número total de altas precoces
- Se evaluará la tasa y el número total de altas precoces. También se estudiarán las causas de aquellos casos en los que el paciente no reciba una alta precoz tras un cateterismo ambulatorio que no ha requerido revascularización y se propondrán soluciones.

DURACIÓN

Se iniciará desde el 2 mayo y se continuará de forma indefinida. Se cuantificarán los resultados durante 4

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1286

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ TRAS CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO

meses para una posterior evaluación.

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 - 2019/1297

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA AMBULATORIA DE VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PRIMER EPISODIO DOCUMENTADO DE FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ASUNCION ARAGUAS BIESCAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALIAGA RIVAS O'NEILL VERONICA
ALIACAR MUÑOZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 12 de abril 2019 se inició una consulta semanal monográfica de fibrilación auricular (FA) en el Centro Médico de Especialidades Grande Covián, con el objetivo de valorar el primer episodio documentado de esta arritmia y definir la línea de actuación terapéutica más adecuada para cada paciente. Las actividades llevadas a cabo en dicha consulta son las siguientes: realización de electrocardiograma, elaboración de la historia clínica (incluyendo anamnesis, antecedentes personales / familiares, exploración física y datos analíticos sanguíneos relevantes) y realización de un ecocardiograma si no se dispone de un estudio ecocardiográfico en el último año. Para ello se hace uso del ecógrafo existente en la propia consulta, lo que permite disponer del estudio ecocardiográfico ya en la primera consulta. De esa manera se ahorra el tiempo de espera para la realización del ecocardiograma en el hospital y se evita una segunda consulta médica para la valoración del resultado. El electrocardiograma es realizado por el personal de enfermería antes de proceder a la consulta médica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como indicadores se han valorado las escalas CHA2DS2VASC (de predicción del riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes con FA) y HAS-BLED, (de valoración del riesgo de sangrado en pacientes con FA), el tamaño de la aurícula izquierda en el ecocardiograma, la tasa de filtrado glomerular para ajuste de la dosis del anticoagulante oral no antagonista de la vitamina K y la elección de estrategia de control de ritmo cardiaco o frecuencia cardiaca. Todos estos datos se han obtenido de la historia clínica, la analítica sanguínea y el estudio ecocardiográfico. Desde abril 2019 hasta diciembre 2019 se han valorado 200 pacientes, constando la valoración de los indicadores antes mencionados en 192 pacientes. Ello representa el 96 % del total de pacientes, por lo que se ha alcanzado el standard marcado del = 95%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación de una consulta monográfica de fibrilación auricular ha permitido acortar el tiempo desde la detección de la arritmia hasta la valoración del paciente en la consulta, iniciando así más precozmente el tratamiento más idóneo en función de los datos extraídos de esta consulta. El 10 % de los pacientes han sido vistos en la consulta en menos de una semana desde el diagnóstico de la arritmia y el 90% en menos de un mes. Otro de los aspectos que permite optimizar el tratamiento de la fibrilación auricular es la reducción del tiempo de espera para la cardioversión eléctrica electiva en el hospital en aquellos casos en los que se considera indicada. Ello se consigue gracias a la valoración de cardiopatía estructural mediante ecocardiograma ya en la primera consulta, que permite decidir, por una parte, si el paciente es candidato o no a cardioversión eléctrica. Por otra parte, también permite la elección del tratamiento anticoagulante, de forma que, si se opta por un anticoagulante no antagonista de la vitamina K, el tiempo de espera para la cardioversión eléctrica no se ve afectado por la variabilidad del INR como ocurre con los antagonistas de vitamina K (acenocumarol o warfarina). Todo ello mejora la calidad de vida del paciente y reduce los posibles acontecimientos adversos derivados de la instauración de un tratamiento inadecuado.

Todos aquellos pacientes sometidos a cardioversión eléctrica en el hospital han sido valorados nuevamente en la consulta en 1-2 meses desde el procedimiento, lo que ha permitido la detección precoz de recidivas. La pronta valoración post-cardioversión es un punto clave para optimizar la estrategia de tratamiento y reconsiderar o no un nuevo intento de cardioversión eléctrica/farmacológica antes de que la remodelación auricular que se produce con el paso del tiempo interfiera negativamente en la restitución del ritmo sinusal. En los casos de cardioversión eléctrica efectiva, se ha vuelto a valorar al paciente en 6 meses para comprobar permanencia o no en ritmo sinusal y valorar de esta manera el seguimiento posterior del paciente por Atención Primaria o Especializada en función de la existencia o no de cardiopatía estructural significativa.

En cuanto a los aspectos que quedan pendientes, hay que mencionar la necesidad de una camilla hidráulica en la consulta para facilitar la realización del ecocardiograma en aquellos pacientes con dificultades para la movilización. La no disponibilidad de este tipo de camilla ha impedido hacer el estudio ecocardiográfico en la primera consulta en 3 de los 200 pacientes valorados hasta ahora. En esos casos se ha realizado el ecocardiograma en el hospital y se ha valorado su resultado de forma muy preferente. Este incidente ya ha sido contemplado, habiéndose solicitado la incorporación de una camilla hidráulica en la consulta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1297

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA AMBULATORIA DE VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PRIMER EPISODIO DOCUMENTADO DE FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1297 ===== ***

Nº de registro: 1297

Título
PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA AMBULATORIA DE VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PRIMER EPISODIO DOCUMENTADO DE FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA

Autores:
ARAGUAS BIESCAS ASUNCION, ALIAGA RIVAS O'NEILL VERONICA, ALIACAR MUÑOZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente en nuestro entorno. En España la prevalencia en la población de más de 40 años es del 4.4%, cifras que aumenta con la edad, llegando a superar el 17% en los pacientes de más de 80 años. A pesar de los progresos en el tratamiento de los pacientes con fibrilación auricular, esta arritmia continúa siendo una de las más importantes causas de accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, muerte súbita y morbilidad cardiovascular en todo el mundo. Además, se prevé que la población con FA crezca significativamente en los próximos años. En respuesta a la esta creciente demanda de cuidados efectivos para los pacientes con FA, en los últimos años se han producido avances considerables, que permiten un abordaje diagnóstico-terapéutico más efectivo de esta patología. En todo este proceso la primera valoración médica cobra una especial relevancia con vistas a definir la pauta de tratamiento más idónea para cada paciente. En el caso de que se opte por una estrategia de control del ritmo cardiaco mediante cardioversión eléctrica, es muy importante el tiempo de evolución de la arritmia, de manera que la probabilidad de reversión a ritmo sinusal es mayor cuanto menor tiempo ha transcurrido desde el inicio de la fibrilación auricular. De ahí, que una pronta valoración cardiológica favorece el éxito de la cardioversión eléctrica. Por otra parte, el seguimiento estrecho en la consulta, con una valoración al mes y a los 6 meses de dicho procedimiento, permite la detección y tratamiento precoz de posibles recidivas de la arritmia.

RESULTADOS ESPERADOS

-Iniciar una consulta monográfica de fibrilación auricular, donde se valorará el primer episodio documentado de fibrilación auricular mediante la elaboración de la historia clínica, exploración física y realización de electrocardiograma. Además, se completará el estudio con la realización de un ecocardiograma a todos aquellos pacientes que no dispongan de un estudio ecocardiográfico en el último año, con el fin de valorar cardiopatía estructural subyacente. En función de los datos obtenidos en dicha valoración, se definirá la línea de actuación terapéutica más adecuada para cada paciente.
-En el caso de que se crea conveniente una estrategia de control del ritmo cardiaco mediante la realización de cardioversión eléctrica (CVE) programada en el hospital Royo Villanova, se procederá a un seguimiento del paciente al mes de dicho procedimiento para valorar la permanencia o no en ritmo sinusal y ajustar el tratamiento. Si la cardioversión eléctrica ha sido efectiva y el paciente se mantiene en ritmo sinusal, se programará otra consulta a los 6 meses de la CVE. Si no se detecta recidiva de la arritmia, se valorará el seguimiento posterior en la consulta de Atención Primaria en el caso de que no exista una patología cardiaca concomitante que requiera control específico en la consulta de Cardiología.

MÉTODO

Con la finalidad de optimizar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con un primer episodio documentado de fibrilación auricular, se ha habilitado una consulta semanal en el Centro Médico de Especialidades Grande Covián. En dicha consulta se dispone de un ecógrafo que permite la realización de un ecocardiograma en la primera valoración médica del paciente, con el fin de evaluar la existencia de cardiopatía estructural subyacente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1297

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA AMBULATORIA DE VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PRIMER EPISODIO DOCUMENTADO DE FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA

INDICADORES

En la primera consulta se valorarán los siguientes puntos:

*Escala CHA2DS2VASc para la predicción del riesgo de accidente cerebrovascular en los pacientes con FA.

*Escala HAS-BLED para valorar el riesgo de sangrado en los pacientes con FA.

*Tamaño de la aurícula izquierda en el ecocardiograma.

*Tasa de filtrado glomerular para ajuste de la dosis de anticoagulante oral no antagonista de la vitamina K.

*Elección de estrategia de control de ritmo cardiaco o de frecuencia cardiaca tras documentar el primer episodio de la fibrilación auricular.

-Se evaluará el porcentaje de pacientes en los que conste la valoración de los puntos previos respecto del total de pacientes visitados en la primera consulta de FA, pretendiendo que ese porcentaje sea = 95%

DURACIÓN

Inicio inmediato, ya que se dispone de una consulta habilitada con ecógrafo en el centro médico de especialidades Grande Covián, así como de personal médico y de enfermería para poder llevar a cabo la valoración del paciente derivado por primer episodio documentado de fibrilación auricular.

OBSERVACIONES

En función del volumen de pacientes candidatos a esta consulta, se valorará la ampliación del número de consultas semanales destinadas a la valoración del primer episodio de fibrilación auricular

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 - 2019/1470

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE PABLO ESTEBAN AUQUILLA CLAVIJO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAITA MONREAL SANTIAGO
FITENI MERA ISABEL
ALIACAR MUÑOZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- La insuficiencia cardíaca (IC) es uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad e involucra a todos los niveles del sistema asistencial. En los últimos años se han puesto en marcha las unidades multidisciplinares y consultas específicas de IC que han conseguido demostrar reducciones en los reingresos hospitalarios, en la mortalidad y por ende un menor coste sanitario. En nuestro servicio se ha creado una consulta específica de IC que funciona desde febrero de 2019 hasta la fecha.
-El objetivo de este proyecto de mejora es dar a conocer la existencia de la consulta específica de IC a todos los niveles asistenciales de nuestro sector y protocolizar las pautas de derivación de los pacientes a la misma.
-En la consulta de IC realizamos un seguimiento estrecho de los pacientes con IC que así lo ameritan por su situación basal, así mismo se realiza educación de los pacientes y familiares en el autocuidado de la enfermedad y se intenta optimizar al máximo el tratamiento médico con la titulación a dosis plenas de los fármacos modificadores de la enfermedad. También se pauta tratamiento intravenoso periódico en el hospital de día (ubicado en la planta 3º del hospital) a los pacientes que así lo requieran. En los casos seleccionados que se precisen terapias avanzadas con dispositivos, se decide su indicación conjuntamente con la unidad de arritmias del servicio. En los casos que sea necesario se remiten los pacientes a la Unidad de IC y trasplante del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS).
-Para dar a conocer esta consulta hemos realizado una ruta asistencial con un algoritmo de derivación a los pacientes desde los distintos niveles asistenciales. Este algoritmo se ha presentado en el grupo de mejora de la calidad en la IC que está conformado por profesionales del servicio de Urgencias, Medicina interna y Cardiología.
-En la actualidad la derivación se realiza siguiendo el protocolo de derivación de la siguiente manera:
Atención primaria: El médico de AP solicita valoración del paciente con sospecha de IC a través de la interconsulta virtual; el facultativo de Cardiología que responde la interconsulta cita al paciente en consulta de IC si cumple los criterios establecidos. Puede solicitar que se realicen pruebas complementarias previas a la citación si es necesario (ECG, ecocardiograma, analítica con determinación de péptidos natriuréticos).
Servicio de urgencias: Pacientes con diagnóstico de IC que ingresan en urgencias. Tras la valoración por un cardiólogo del servicio si el paciente cumple los criterios de derivación se solicita la citación preferente en consulta de IC para evitar el ingreso hospitalario.
Atención especializada: Si un paciente con diagnóstico de IC va a ser dado de alta y el facultativo considera que se beneficiaría de seguimiento en consulta de IC se cita al paciente en esta consulta en el tiempo que se estima adecuado según cada caso. Para los pacientes ingresados en servicios distintos a Cardiología se realiza una interconsulta para la valoración previa por un facultativo de nuestro servicio que indica la derivación si así procede.
-Las citaciones se realizan a través de la secretaria del servicio de Cardiología. Las solicitudes de citación en esta consulta siempre son valoradas previamente por un facultativo de Cardiología quien según el perfil de cada paciente decide si el seguimiento es necesario. El tiempo de seguimiento de cada paciente en la consulta depende de su situación clínica y su patología de base. Los pacientes que no precisan un seguimiento estrecho, o no son subsidiarios de medidas avanzadas tras una valoración inicial, son remitidos a consulta de Cardiología general, Medicina interna o atención primaria según cada caso.
-Las actividades se han realizado dentro del tiempo establecido pues el número de pacientes seguidos en esta consulta es cada vez mayor. Los recursos empleados han sido los ya existentes: facultativo de Cardiología 2-3 días por semana, personal de enfermería de pruebas funcionales y de hospital de día, consultas de cardiología del hospital ya existentes (compartida con consulta de dolor torácico y consulta de arritmias), hospital de día del paciente crónico complejo.
-Los materiales elaborados son: el protocolo de derivación de pacientes a la consulta de IC presentado en el grupo de mejora en la calidad de IC del hospital. Material educativo y de registro para los pacientes (se les entrega un cuadernillo donde pueden registrar tensión arterial, frecuencia cardíaca y peso obtenidos en su domicilio).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Los indicadores que hemos valorado son: el número de pacientes valorados en la consulta de IC, las derivaciones de nuevos pacientes a la consulta, los pacientes referidos a las unidades de referencia del Hospital Miguel Servet, los reingresos por IC de los pacientes valorados en la consulta y los pacientes dados de alta.
-Desde el 01 de febrero de 2019 hasta la fecha se han seguido un total de 212 pacientes en la consulta de IC. De estos un 30% (63) han sido derivaciones nuevas, estas se han realizado tras altas de hospitalización, desde consultas externas de Cardiología, desde otros servicios o desde Atención primaria a través de interconsulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1470

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

electrónica. El resto de pacientes (148) ya se seguían previamente desde antes de febrero de 2019 pero en una consulta atendida por otros facultativos.

-El seguimiento unificado de estos pacientes en una consulta específica ha permitido una comunicación fácil y fluida con nuestras unidades de referencias del servicio de Cardiología del Hospital Miguel Servet. Desde febrero de 2019 se han realizado las siguientes derivaciones: se han derivado 12 pacientes para implante de dispositivos avanzados en IC (implante de desfibriladores y terapias de resincronización cardiaca), 2 pacientes para implante de prótesis aórtica percutánea, 2 pacientes para implante de dispositivo Mitraclip y 3 pacientes para seguimiento en la unidad de IC avanzada y trasplante cardiaco.

-Aunque datos son variables porque los pacientes pueden entrar o salir de estos protocolos según su situación clínica, en la actualidad tenemos a 12 pacientes que siguen protocolos periódicos de tratamiento en el hospital de día.

-El seguimiento estrecho de los pacientes en esta consulta nos ha permitido obtener una baja tasa de reingresos por IC, teniendo en cuenta los pacientes vistos en una primera consulta a partir de febrero de 2019 solo 15 pacientes de esta consulta han tenido necesidad de al menos un ingreso hospitalario por IC, suponiendo esto aproximadamente un 7 % del total de pacientes vistos en la consulta. Los pacientes con seguimiento en consulta de IC tienen una menor estancia hospitalaria dada la posibilidad de seguimiento precoz y estrecho en la consulta y en hospital de día.

Estos son datos obtenidos al consultar la historia clínica electrónica en el seguimiento de los pacientes en las consultas sucesivas.

-Los pacientes con buena situación clínica tras un seguimiento en consulta de al menos 6 meses y que cumplan criterios de alta de la consulta de IC se derivan a distintas consultas según el perfil de cada paciente (cardiología general, medicina interna, atención primaria). Desde febrero de 2019 se han dado de alta 25 pacientes.

-El impacto de este proyecto ha sido totalmente positivo, pues nos ha permitido derivar de forma rápida, directa y precoz a los pacientes con IC que precisan seguimiento en una consulta específica. Esto mejora la calidad de vida de estos pacientes, evita las descompensaciones y por lo tanto disminuye la morbilidad y reduce los ingresos hospitalarios que podrían generar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Creemos que el proyecto es muy positivo para nuestro sector. El protocolo de derivación a la consulta de IC ha permitido atender cada vez a más pacientes con esta patología y poder proporcionarles así un manejo óptimo; esto permite sin ninguna duda disminuir su mortalidad y morbilidad así como los altos costes que suponen los reingresos por esta causa. Es también un importante vínculo de comunicación fluida con nuestra unidad de IC avanzada de referencia en el HUMS, lo que permite optimizar y canalizar el manejo integral de estos pacientes. Como asunto pendiente nos queda realizar reuniones periódicas con los distintos especialistas implicados en el proceso de la IC, para así dar a conocer el protocolo de derivación del que pueden disponer para sus pacientes y acoger todas las sugerencias hacia el mismo que nos puedan aportar.

7. OBSERVACIONES.

Ninguna

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1470 ===== ***

Nº de registro: 1470

Título
PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores:
AUQUILLA CLAVIJO PABLO ESTEBAN, LAITA MONREAL SANTIAGO, ALIACAR MUÑOZ MARTA, FITENI MERA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad e involucra a todos los niveles del sistema asistencial, en los últimos años se han puesto en marcha las unidades multidisciplinares de IC que han conseguido demostrar reducciones en los reingresos hospitalarios, en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1470

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

mortalidad y por ende un menor coste sanitario. Como resultado de esto las guías actuales de manejo de IC recomiendan su puesta en marcha con un nivel de evidencia IA. En nuestro Hospital de momento no se dispone de una unidad multidisciplinaria de IC estructurada, sin embargo como un primer escalón en la formación de esta unidad, en el servicio de Cardiología hemos iniciado una consulta específica de IC tres días a la semana. Creemos que es necesario dar a conocer la existencia de esta consulta específica de IC a todos los niveles asistenciales del sector I y protocolizar las pautas de derivación de los pacientes a la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto de mejora en la calidad tiene el objetivo de dar a conocer y protocolizar las pautas de derivación de los pacientes a la consulta específica de IC desde los distintos niveles asistenciales.

MÉTODO

La consulta de IC está dirigida a la valoración de pacientes con diagnóstico de IC tanto con fracción de eyección de ventrículo izquierdo reducida (FEVI) como preservada.

En la consulta de IC se realiza un seguimiento estrecho de los pacientes con IC que así lo ameritan por su situación basal, así mismo se realiza educación de los pacientes y familiares en el autocuidado de la enfermedad y se intenta optimizar al máximo el tratamiento médico con la titulación a dosis plenas de los fármacos modificadores de la enfermedad. También se pauta tratamiento intravenoso periódico en el hospital de día a los pacientes que así lo requieran. En los casos seleccionados que se precisen terapias avanzadas con dispositivos, se decide su indicación conjuntamente con la unidad de arritmias del servicio. En los casos que sea necesario se remiten los pacientes a la Unidad de IC y trasplante del Hospital Universitario Miguel Servet.

En la consulta de IC se realizará inicialmente una evaluación integral y presencial de cada paciente referido. Puesto que por el volumen de pacientes con esta patología no sería posible seguir a todos, según las características individuales y necesidades de cada uno se continuará el seguimiento en la consulta de IC o tras la valoración se derivará con recomendaciones específicas a la consulta pertinente. Siempre que sea necesario el paciente puede ser referido para una nueva valoración en la consulta de IC.

La forma de derivar los pacientes sería la siguiente según cada nivel asistencial:

Atención primaria: A través de la interconsulta virtual, en caso de que el paciente sea subsidiario de valoración en consulta de IC, con un ecocardiograma al menos en los últimos dos años, el facultativo de Cardiología que contesta la interconsulta remitirá el paciente a la consulta.
Servicio de urgencias: En caso de que un paciente con diagnóstico de IC sea dado de alta de urgencias, y tenga ya realizado un ecocardiograma en los últimos 2 años, se puede solicitar la citación pertinente en el informe de alta de urgencias.

Atención especializada: Si un paciente con diagnóstico de IC va a ser dado de alta y el facultativo considera que se beneficiaría de una valoración en consulta de IC, realizará una interconsulta solicitando la citación previo al alta. Se realizará de la misma manera si el paciente ha sido valorado de forma ambulatoria.

Las solicitudes de citación en esta consulta serán valoradas previamente por un facultativo de Cardiología, quien según el perfil de cada paciente decidirá si el seguimiento es necesario. Como hemos dicho antes, el tiempo de seguimiento de cada paciente en la consulta dependerá de su situación clínica y su patología de base. Los pacientes que no precisen un seguimiento estrecho, o no sean subsidiarios de medidas avanzadas tras una valoración inicial, serán remitidos a consulta de Cardiología, Medicina interna o atención primaria según cada caso.

INDICADORES

- Número total de pacientes valorados en consulta en 1 año
- Número total de ingresos y reingresos por IC de los pacientes valorados esta consulta
- Estancia media durante los ingresos por IC de los pacientes seguidos en la consulta de IC.
- Comparar los reingresos y la estancia hospitalaria de los pacientes con valoración en consulta de IC contra los que no han sido valorados en esta consulta.
- Número de pacientes seguidos en la consulta de IC que han requerido implante de dispositivos avanzados en IC.
- Numero de pacientes que han sido referidos a la unidad de IC avanzada del Hospital Universitario Miguel Servet.

DURACIÓN

Se iniciará desde el 2 mayo de 2019 y se valorarán los resultados en 1 año.

OBSERVACIONES

El proyecto inicial ya fue enviado el 15/04/19, con número 1433.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1470

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

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 - 2019/0070

1. TÍTULO

EVALUACION DE ACTIVIDAD EN UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE LUIS GARCIA CALLEJA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA GARCIA ALEJANDRO
GONZALVO GONZALEZ MARIA ELENA
CROS MONTALBAN BEATRIZ
GARCIA EGEA JORGE
BLAS LAINA JUAN LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se trata de un estudio prospectivo, observacional y descriptivo de los resultados de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en régimen de CMA, en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, durante un período de 10 meses, desde el 1/3/2019 al 31/12/2019 (se ha de considerar que durante julio y agosto se suspende la actividad quirúrgica en CMA). El objetivo del estudio comprende el análisis y valoración, de los resultados obtenidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA), en lo que se refiere a los Indicadores de Calidad previamente establecidos, para de este modo, poder:

1-Detectar defectos en la calidad asistencial de la UCMA.

2-Obtener datos que permitan proponer recomendaciones para la corrección y mejora asistencial en la UCMA

3-Establecer criterios de coordinación multidisciplinar para un correcto funcionamiento de la UCMA

4-Evaluar la importancia de los Indicadores de Calidad utilizados

Los Indicadores Clínicos Básicos en CMA, reconocidos por la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) y recomendados por el Ministerio de Sanidad y Consumo:

-Tasa de Cancelaciones: recoge los pacientes programados, para intervención quirúrgica que no acuden a la Unidad el día previsto. Distinguimos entre dos supuestos: incomparecencia por motivo justificado e incomparecencia por motivo no justificado.

Fórmula: N° de pacientes programados en CMA que no acuden/ N° total pacientes programados en CMA x 100.

-Tasa de Suspensiones: Recoge los pacientes ingresados en la Unidad y no intervenidos or algún motivo. Las principales causas de suspensión son: enfermedades agudas intercurrentes, empeoramiento de enfermedades crónicas, problemas organizativos, información preoperatoria inadecuada, prolongación de intervenciones previas e inadecuada selección de pacientes.

Fórmula: N° de pacientes ingresados en la UCMA y no intervenidos/ N° total pacientes intervenidos en CMA x 100.

-Tasa de reintervenciones: reintervenciones no planificadas, en el mismo día de la cirugía.

Tasa de reintervenciones: N° de pacientes reintervenidos el mismo día de la cirugía/ N° total pacientes intervenidos en CMA x 100

-Tasa de ingresos: Indica el número de pacientes programados como CMA que no son dados de alta en el día y causan estancia hospitalaria no prevista, respecto a los que sí han sido dados de alta en el día.

Fórmula: N° de pacientes con ingreso no previsto/ N° total pacientes operados en CMA x 100

-Tasa de reingresos y de visitas no previstas a urgencias y/o centro de Salud: Estos indicadores se evalúan en dos partes: en las primeras 24 horas y después de las 24 horas hasta los 28 días posteriores a la intervención.

Fórmula reingresos: N° de pacientes con reingreso no previsto/ N° total pacientes operados en CMA x 100.

Fórmula de visitas no previstas a urgencias y/o Centro de Salud: N° de pacientes con visita no prevista/ N° total pacientes operados en CMA x 100

-El Grado de Satisfacción del paciente resulta del balance entre el nivel de asistencia esperado, frente a lo que sucede realmente, mientras que la calidad percibida es el resultado d la diferencia entre las expectativas y las percepciones. El análisis de este Indicador se realiza mediante encuestas de satisfacción específicas y validadas que ayuden a conocer los aspectos en los que se debe incidir, para mejorar.

Para la realización del estudio se diseñaron hojas de recogida de datos, específicas para cada indicador de calidad preseleccionado. Estos documentos, se distribuyeron en la Secretaría y en la Sala de Readaptación al medio de la UCMA, así como en las Consultas Externas de Cirugía, dos meses antes (enero-febrero-2019) de comenzar el registro de los datos (marzo-2019). También se elaboró una encuesta de satisfacción, que incluye 9 ítems (8 cuantitativos con puntuación de 0 a 24, y uno cualitativo si y no), previamente seleccionados, que se le entregaba al paciente junto al informe de alta de la UCMA, para que nos lo adjuntara, una vez cumplimentado, en la revisión prevista en consultas externas, al mes de la intervención. La escala para valorar el grado de satisfacción es la siguiente: de 0 a 8 puntos; nada satisfecho, de 9 a 16 puntos; poco satisfecho, de 17 a 20; satisfecho y de 21 a 24; muy satisfecho.

El registro de los datos y la realización de las encuestas de satisfacción se realizaron entre marzo y diciembre de 2019. Por último, la medición de los resultados y la elaboración de la presente memoria se completaron en el mes de enero-2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se incluyeron un total de 452 pacientes intervenidos quirúrgicamente en la UCMA del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, durante los 10 meses del estudio (1/3/2019 a 31/12/2019).

1. La tasa de Cancelación fue de 1,32%, algo superior a los estándares recomendados por la Australian Council

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0070

1. TÍTULO

EVALUACION DE ACTIVIDAD EN UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

on Healthcare Standards (ACHS), que se sitúa en un 0,82%.

2. La tasa de Suspensión fue de 1,10%, cifra muy similar a la marcada por los estándares recomendados (1,2%).

3. La tasa de ingresos fue de 4,20%. Este resultado está dentro de los estándares recomendados en los últimos años (entre el 1 y 5%), aunque destacaremos que la ACHS presenta una tasa del 1,2%. Un valor bajo indica un buen funcionamiento de los protocolos de selección de pacientes, intervención quirúrgica, readaptación al medio y Alta. Este indicador es capaz de detectar problemas relacionados con la correcta selección del paciente, correcta técnica quirúrgica, complejidad del proceso y riesgo quirúrgico.

4. Tasa de reintervenciones es de 0,44%. Se trata de un indicador centinela y nos indica la calidad en la ejecución técnica de los procedimientos quirúrgicos.

5. Frecuentación de urgencias y/o Centro de Salud y Reingreso, nuestra tasa ha sido de 3,76%. El número de pacientes y las causas son las siguientes: (ningún paciente acudió en las primera 24 horas). En general, en este indicador, los estándares recomendados se sitúan alrededor del 1,2%.

Solamente se produjo un caso de reingreso no previsto diferido (>24 horas y < de 28 días de la cirugía), lo que supone una tasa de 0,22%, estando los valores recomendados por debajo del 1%.

6. Grado de satisfacción del paciente: Se rellenaron un total de 151 encuestas de los 452 pacientes (33.4%) intervenidos. El 60,92% manifiestan estar muy satisfechos, el 34.42% satisfechos. En cuanto a Ítems cabe destacar un porcentaje del 8,61% de valoración negativa en el punto "Cómo se encontró usted en casa, después de la operación". En los restos de ítems la valoración negativa es anecdótica <2%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque los resultados en general son buenos y se superponen a los criterios estándares, pensamos que, cumpliendo una serie de puntos, todavía se pueden mejorar.

Tras el estudio de los resultados se proponen una serie de medidas para mejorar las tasas.

- Un buen método para minimizar la tasa de cancelaciones sería efectuar una llamada recordatoria 24 o 48 horas antes. La constatación de algún motivo por el que el paciente no pueda acudir, nos permitirá programar otro paciente en su lugar.
- Ser más estrictos en la selección de pacientes, lo que evitaría una reevaluación por parte del equipo quirúrgico en la UCMA y posible indicación de ingreso.
- Debemos mejorar la tasa de ingresos y frecuentación a urgencias, para alcanzar un nivel de calidad óptimo. Estos resultados, obligan a extremar los criterios de selección de pacientes, la elección de la modalidad anestésica, la meticulosidad en la técnica quirúrgica y el cumplimiento de los protocolos de profilaxis antiemética y analgésica.
- Aunque el grado de satisfacción es alto, deberemos revisar los protocolos de analgesia en casa para asegurar mayor confort en las primeras horas en el domicilio.

7. OBSERVACIONES.

Este estudio abre las puertas a un nuevo futuro proyecto en el que se evalúe el resultado de las medidas implementadas para mejorar las tasas, tras su un periodo de aplicación de unos 2-3 años.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/70 ===== ***

Nº de registro: 0070

Título
EVALUACION DE ACTIVIDAD EN UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
GARCIA CALLEJA JOSE LUIS, GARCIA GARCIA ALEJANDRO, GONZALVO GONZALEZ MARIA ELENA, CROS MONTALBAN BEATRIZ, GARCIA EGEA JORGE, BLAS LAINA JUAN LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Piel y tejido subcutáneo. Pared abdominal.
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0070

1. TÍTULO

EVALUACION DE ACTIVIDAD EN UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es un modelo organizativo, de gestión y de asistencia multidisciplinar para el tratamiento eficaz de pacientes previamente seleccionados, que se ha venido implantando de manera generalizada en la mayoría de los hospitales. Sin embargo, en función de las necesidades asistenciales de cada área sanitaria y de las características estructurales de cada centro hospitalario, puede variar la oferta de servicios de las unidades de CMA (UCMA) y la eficacia de las mismas.

Nuestra unidad tiene una experiencia de más de 10 años de funcionamiento con notable impacto en el organigrama del servicio y hospital. Por ello, es fundamental valorar mediante indicadores de calidad los resultados obtenidos en la UCMA.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detectar defectos en la calidad asistencial de la UCMA.
- Obtener datos que permitan proponer recomendaciones para la corrección y mejora asistencial en la UCMA.
- Establecer criterios de coordinación multidisciplinar (anestesia, cirugía, enfermería, admisión, etc..) para un correcto funcionamiento de la UCMA.
- Evaluar la importancia de los indicadores de calidad utilizados.

MÉTODO

- Difusión del proyecto a todo el personal implicado en el cumplimiento del mismo (administrativos, enfermería y especialistas en cirugía).
- Recogida de datos en la Secretaría de Cirugía, en la Unidad de Readaptación al Medio y en consultas externas, con impresos específicos previamente diseñados.
- Realización de una encuesta específica de satisfacción al paciente, al mes de la intervención.
- Con los datos obtenidos, medición del resultado de los indicadores de calidad preseleccionados.

INDICADORES

- Tasa de cancelación: porcentaje de pacientes programados en CMA que no acuden, con o sin motivo justificado.
- Tasa de suspensión: porcentaje de pacientes ingresados en la UCMA y no intervenidos por cualquier motivo.
- Tasa de ingresos: porcentaje de pacientes programados en CMA que no son dados de alta en el día.
- Tasa de reintervención: porcentaje de pacientes reintervenidos respecto al total.
- Tasa de reingreso y de visita no prevista del paciente a la UCMA y/o al Servicio de Urgencias: este indicador se evalúa en dos partes: a) en las primeras 24 horas y b) después de las 24 horas, hasta los 28 días posteriores a la intervención.
- Grado de satisfacción: medida de la satisfacción del paciente, mediante encuesta específica de 9 ítems previamente diseñados, con la siguiente escala: de 0 a 8 puntos nada satisfecho, de 9 a 16 poco satisfecho, de 17 a 24 satisfecho, y de 25 a 28 muy satisfecho.
- Elaboración de recomendaciones tras análisis y evaluación de los indicadores para la corrección y mejora asistencial en la UCMA.

DURACIÓN

- Difusión del proyecto: enero - febrero 2019
- Registro de datos: marzo - diciembre 2019
- Realización de encuestas: marzo - diciembre 2019
- Medición de resultados: enero - febrero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RE 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 - 2019/0195

1. TÍTULO

CAMPAÑA INFORMÁTICA DE EDUCACIÓN CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS YANEZ BENITEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESCARTIN VALDERRAMA JORGE
BLAS LAINA JUAN LUIS
VERDEJO GRAIA MARIA PILAR
COLON SORDO ESPERANZA
TORREA GARCES VICTOR
GRAN SERON SANTIAGO
LARREA GIMENO JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades desarrolladas en el proyecto constaron de cuatro fases:

Primera fase: Realización de reuniones en conjunto entre los servicios de Servicio de Cirugía General, Supervisión del bloque quirúrgico y Servicio de informática (primer y segundo trimestre del 2019) para la elaboración de los mensajes educativos a divulgar en el proyecto.

Segunda fase: Elaboración y aprobación de los mensajes formulados (segundo trimestre del 2019), ejecutada por sanitarios del bloque quirúrgico y enfermeras. Los mensajes se clasificaron en 4 categorías (valores institucionales, medidas de prevención de infecciones y medidas universales de seguridad en el ambiente laboral / ver anexo).

Tercera fase: Fase de elaboración de la presentación con los mensajes y divulgación. En ese trimestre (segundo trimestre del 2019) los mensajes se incorporaron a una presentación de PowerPoint elaborados por el servicio de informática e incluidos en los 5 ordenadores del bloque quirúrgico, así como en dos de 5 ordenadores del Servicio de Cirugía General.

Cuarta fase: Evaluación del programa mediante una herramienta de encuesta anónima (cuarto trimestre del 2019). En el último trimestre del 2019 se realizó valoración del impacto del mismo mediante una encuesta anónima entre los empleados del bloque quirúrgico que evaluó en una escala del 1 al 10 (1 mínimo y 10 máximo) la aceptación del programa por parte de los trabajadores del bloque quirúrgico del HRV, así como la pertinencia de los mensajes divulgados.

Mensajes difundidos

Valores institucionales:

Una misión del SALUD es prestar asistencia sanitaria dentro del sistema público, centrada en el ciudadano, proporcionando a la población una atención adecuada y continuada en todos los niveles asistenciales con un claro compromiso docente e investigador.

Una misión del SALUD es alcanzar una atención sanitaria excelente, que sea un modelo de referencia en el que los ciudadanos y profesionales confíen y con el que estén muy satisfechos.

Los valores del SALUD son: Orientación al ciudadano, Equidad, Solidaridad, Eficiencia, Respeto al paciente y trato humano, Excelencia profesional e Implicación de los trabajadores.

Medidas de prevención de infecciones:

El uso de Hibiscrub® antes y después de explorar al paciente reduce el riesgo de transmisión de infecciones.

La utilización del gorro, mascarilla y gafas protectoras son medidas de protección universal durante todo acto quirúrgico.

Al preparar el campo quirúrgico debes permitir la evaporación de la clorohexidrina.

La utilización de doble guante reduce la incidencia de infección del sitio quirúrgico.

Medidas universales de seguridad en el ambiente laboral:

Marcar siempre el sitio quirúrgico en caso de bilateralidad (marcar mejor que errar).

Tomar cultivos en caso de infección del sitio quirúrgico.

Etiquetar de forma adecuada las muestras biológicas.

Comunicar incidencias, eventos adversos a falta de insumos.

El checklist es obligatorio para cualquier procedimiento quirúrgico a realizarse en quirófano.

El uso del checklist en los procedimientos quirúrgicos reduce el número de incidentes adversos y accidentes dentro del bloque quirúrgico.

Medidas universales en la información al paciente:

El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información.

Los profesionales que le atienden durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto serán responsables de informar al paciente y familiares.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0195

1. TÍTULO

CAMPAÑA INFORMÁTICA DE EDUCACIÓN CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

La información a familiares y allegados se hará de forma clara y comprensible, sin prisas y en un entorno físico que respete la intimidad.

Recomendaciones a considerar en el proceso de informar a la familia del paciente:

- Saludar y presentarnos al inicio de la conversación.
- Dirigirnos a la familia por el nombre del paciente.
- Mantener el contacto visual.
- Demostrar interés. Empatizar.
- Afianzar la recepción del mensaje a través de la repetición y confirmación de los aspectos más importantes.
- Mostrar consideración y amabilidad.
- Utilizar un lenguaje accesible a la familia.

Recursos empleados:

No se requirieron recursos materiales adicionales a los ya disponibles en el centro hospitalario. Se requirió la colaboración y cooperación de los distintos servicios integrantes del proyecto para la elaboración y selección de los mensajes educativos, así como la colaboración del servicio de informática para la incorporación de los mensajes en los ordenadores del bloque quirúrgico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Herramienta de medición:

Para valorar el impacto y el grado de aceptación del programa se realizó una encuesta de anónima valoración, realizada durante la primera y segunda semana del mes de diciembre de 2019.

La encuesta se elaboró con cuatro elementos y empleando una escala de medición del 1 al 10:

1. Utilidad del proyecto
2. Contenido de la actividad
3. Evaluación global o grado de satisfacción
4. Observaciones y sugerencias

ENCUESTA DE PROYECTO DE CALIDAD 2019-0195

"Campaña Informática de Educación Continuada para el personal del Bloque Quirúrgico del Hospital Royo Villanova"

(Rodear con un círculo la opción deseada)

Escala de puntuación:

1 puntuación mínima (nada adecuado, nada satisfecho, ...)

10 puntuación máxima (muy adecuado, muy satisfecho, ...)

1.-UTILIDAD DEL PROYECTO:

1.1 - ¿Cómo valora usted la iniciativa de incorporar mensajes educativos en las pantallas de los ordenadores del bloque quirúrgico?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Por qué? _____

1.2 - ¿Considera de utilidad los mensajes transmitidos?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Por qué? _____

1.3 - ¿Considera adecuada la forma de exponer los distintos contenidos (medidas de prevención de infecciones, medidas universales de seguridad, información al paciente y valores institucionales) ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Aclare cual aspecto considera de mayor utilidad? _____

2.- CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD:

2.1.- ¿Se adecuan los contenidos de valores institucionales?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Por qué? _____

2.2.- ¿Se adecuan los contenidos de medidas de prevención de infecciones?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Por qué? _____

2.3.- ¿Se adecuan los contenidos de medidas universales de seguridad?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Por qué? _____

2.4.- ¿Se adecuan los contenidos de información al paciente?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Por qué? _____

3.-EVALUACION GLOBAL (GRADO SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA):

3.1.- ¿Los conocimientos adquiridos serán útiles para mi ejercicio profesional?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0195

1. TÍTULO

CAMPAÑA INFORMÁTICA DE EDUCACIÓN CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

3.2.- ¿Recomendaría incorporar este proyecto a otros servicios del hospital?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.3.- En general el programa me ha parecido
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4.-OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:

Resultados de la ejecución del proyecto y de la encuesta a trabajadores del bloque quirúrgico:

Se incorporó la presentación de PowerPoint en los 5 ordenadores de uso general del bloque quirúrgico y en 2 de los cinco ordenadores del Servicio de Cirugía General.

Una vez puesto en marcha el programa y según el cronograma de actividades se entregaron de forma aleatoria a 30 trabajadores del bloque quirúrgico (facultativos y personal de enfermería del HRV) encuestas (formato de encuesta anexo al informe) durante el mes de diciembre del 2019.

De las 30 encuestas se recibieron 22 respondidas de forma adecuada (73%).

Resultados de la encuesta

1. Utilidad del proyecto

1.1 - ¿Cómo valora usted la iniciativa de incorporar mensajes educativos en las pantallas de los ordenadores del bloque quirúrgico?
(Valoración media 8.4)

1.2 - ¿Considera de utilidad los mensajes transmitidos?
(Valoración media 7.3)

1.3 - ¿Considera adecuada la forma de exponer los distintos contenidos (medidas de prevención de infecciones, medidas universales de seguridad, información al paciente y valores institucionales) ?
(Valoración media 8.2)

Valoración Global de utilidad: 8

2. Contenido de la actividad.

2.1.- ¿Se adecuan los contenidos de valores institucionales?
(Valoración media 8.8)

2.2.- ¿Se adecuan los contenidos de medidas de prevención de infecciones? (Valoración media 8)

2.3.- ¿Se adecuan los contenidos de medidas universales de seguridad? (Valoración media 7.8)

2.4.- ¿Se adecuan los contenidos de información al paciente?
(Valoración media 7.6)

Valoración Global de Contenido: 8

3. Evaluación global (grado satisfacción con el programa)

3.1.- ¿Los conocimientos adquiridos serán útiles para mi ejercicio profesional? (Valoración media 8)

3.2.- ¿Recomendaría incorporar este proyecto a otros servicios del hospital? (Valoración media 8.5)

3.3.- En general el programa me ha parecido.
(Valoración media 8.4)

Valoración Global de Contenido: 8.3

4. Observaciones y sugerencias

1. Incorporar el programa a más ordenadores del hospital.

2. Hacer los mensajes más dinámicos.

3. Incorporar imágenes a los mensajes.

4. Aumentar el tiempo de permanencia del mensaje para optimizar la lectura completa del mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto pionero desarrolló un modelo informático de programa educativo centrado en la seguridad del paciente y del trabajador del bloque quirúrgico del Hospital Royo Villanova de Zaragoza.

El modelo desarrollado a sido de bajo coste y valorado como de gran utilidad (media 8.4 / 10) por los trabajadores del bloque quirúrgico.

La valoración del programa en base a utilidad (8 sobre 10), contenido de la actividad (8 sobre 10) y grado de satisfacción (8.3 sobre 10) fue muy positivo.

7. OBSERVACIONES.

A la luz de los resultados obtenidos, pensamos que es un modelo susceptible de exportarse a otros servicios del hospital o incluso a otros hospitales del SALUD.

Para ello nos planteamos continuar para el año próximo desarrollando una segunda etapa del mismo "Campaña Informática de Educación Continuada para el personal de los Servicios Quirúrgicos del Hospital Royo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0195

1. TÍTULO

CAMPAÑA INFORMÁTICA DE EDUCACIÓN CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Villanova/ II Etapa".

*** ===== Resumen del proyecto 2019/195 ===== ***

Nº de registro: 0195

Título
CAMPAÑA INFORMATICA DE EDUCACION CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
YANEZ BENITEZ CARLOS, ESCARTIN VALDERRAMA JORGE, BLAS LAINA JUAN LUIS, VERDEJO GRAIA MARIA PILAR, TOLON SORDO ESPERANZA, TORREA GARCES VICTOR, GRAN SERON SANTIAGO, LARREA GIMENO JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente con la incorporación en nuestro hospital de la historia clínica electrónica y la utilización de herramientas para la indicación del tratamiento médico de forma electrónica, los ordenadores se han convertido en herramientas de trabajo indispensables. Proponemos la utilización de los ordenadores del bloque quirúrgico con la difusión de mensajes en las salvapantallas para promover campañas de seguridad y educación dirigidas al trabajador. Con ello pretendemos recordar y afianzar distintas normativas, recomendaciones y mensajes educativos pertinentes al servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto tiene como objetivo la educación permanente y actualizada del personal del bloque quirúrgico del Hospital Royo Villanova de Zaragoza en lo que respecta a la normativa del bloque quirúrgico, medidas básicas y universales de prevención de infecciones, así como medidas de protección para el personal. También pretende la divulgación de una campaña orientada a recordar elementos de la práctica quirúrgica como lo son el consentimiento informado y técnicas de comunicación con el paciente o familiares.

MÉTODO
Las actividades previstas constarán de la elaboración de una serie de mensajes educativos cortos formulados por sanitarios del bloque quirúrgico, enfermeras y médicos de salud laboral y medicina preventiva clasificados en 3 categorías (valores institucionales, medidas de prevención de infecciones y medidas universales de seguridad en el ambiente laboral). Estos mensajes consensuados con la jefatura del servicio de Cirugía General y supervisión de enfermería serán presentadas al personal de informática para su inclusión a forma de mensajes de salvapantallas. Los mensajes aparecerán en los distintos ordenadores del bloque quirúrgico de forma intermitente y en forma de bucle, difundiendo la información a los trabajadores. Una vez instalado el sistema de difusión de mensajes se planteará la opción de actualización de los mismos en la medida que surjan necesidades o eventualidades.

INDICADORES
Los indicadores del proyecto serán la cantidad de ordenadores donde se puedan difundir los mensajes elaborados, así como la realización de una encuesta de satisfacción y utilidad que realizará al personal del bloque quirúrgico. La encuesta se realizará de forma anónima y se empleará como herramienta de medición de la aceptación del programa, también con la encuesta se solicitará la opinión de los trabajadores para la incorporación de nuevos mensajes que consideren de utilidad.

DURACIÓN
El proyecto tendrá una duración de un año y se estructura por trimestres. El primer trimestre se realizarán la recaudación de sugerencias de mensajes a incluir entre el servicio de Cirugía General y la supervisión de enfermería del bloque quirúrgico. Posteriormente en el segundo trimestre del proyecto la selección de mensajes se presentarán al servicio de informática para su incorporación en las pantallas de los distintos ordenadores del bloque quirúrgico. Una vez puesto en funcionamiento el proyecto, el servicio de informática determinará la cantidad de ordenadores del bloque quirúrgico donde se va implementado el programa. Durante el cuarto trimestre se procederá a realizar una encuesta de valoración de forma anónima entre los distintos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0195

1. TÍTULO

CAMPAÑA INFORMÁTICA DE EDUCACIÓN CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

trabajadores del bloque quirúrgico evaluando su impresión, opinión y nivel de aceptación, así como posibles sugerencias referente al proyecto implementado.

OBSERVACIONES

Este proyecto pionero pretende ser un modelo de programa educativo para incrementar la seguridad del paciente y del trabajador en el bloque quirúrgico del Hospital Royo Villanova de Zaragoza. El modelo planteado en de bajo coste y de utilidad para todos los trabajadores, por lo que pensamos que es un modelo que podría se susceptible de exportarse a otros servicios del hospital o incluso a otros hospitales del SALUD.

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 - 2019/0259

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL DE CIRUGIA BARIATRICA

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA VALERO SABATER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDO TREBOLLE JOSE
VIDAL PERACHO CONCEPCION
GRACIA GIMENO PAOLA
BONO ARIÑO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de la primera versión del Programa de Rehabilitación multimodal de cirugía bariátrica. Guía clínica para el profesional y para el paciente (Enero´19)
2. Presentación a nivel del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Presentación PowerPoint (Febrero´19)
3. Puesta en marcha del Protocolo a nivel de la consulta, de la planta y del quirófano de cirugía (Marzo´19)
4. Presentación a nivel del Hospital en la Jornada de actualización de Endocrinología. Presentación PowerPoint (Junio´19)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Puesta en marcha del Proyecto con su aplicación en la primera serie de pacientes, desde el 1 de Marzo del 2019, con un total de 67 pacientes, aun en proceso de seguimiento de la evolución desde la consulta, correspondientes a pacientes intervenidos de Cirugía bariátrica.

Se incluyen las técnicas de Gastrectomía Vertical (39) y By pass gástrico (28)

La estancia media postoperatoria es de 2´88 días, analizado con la base de datos de altas del Servicio de Cirugía General(File Maker Pro), excepto 2 casos de complicaciones graves (con una estancia de 86 días), con lo que se adecua a las guías de Rehabilitación multimodal quirúrgicas.

No han aparecido problemas de seguimiento ni en cuanto al personal de consulta, ni de planta ni de quirófano, gracias a la estandarización del protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente la presentación del programa a la Comisión de Calidad del Hospital

Posteriormente se ampliará el proyecto con otro personal participante, que forma el Grupo multidisciplinar de Cirugía bariátrica.

Consideramos que aún es pronto para medir realmente los resultados alcanzados, con más pacientes en los próximos años y más tiempo de seguimiento podremos analizar mejor el impacto en la estancia media y el resultado quirúrgico en los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/259 ===== ***

Nº de registro: 0259

Título
PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL DE CIRUGIA BARIATRICA

Autores:
VALERO SABATER MONICA, BORLAN ANSON SOFIA, FERNANDO TREBOLLE JOSE, VIDAL PERACHO CONCEPCION, GRACIA GIMENO PAOLA, BONO ARIÑO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0259

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL DE CIRUGIA BARIATRICA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de la obesidad mórbida se ha incrementado exponencialmente en los últimos años en los países desarrollados constituyendo en la actualidad una pandemia mundial. La Rehabilitación Multimodal Quirúrgica (Fast Track Surgery o ERAS) constituye la aplicación de una serie de medidas y estrategias perioperatorias destinadas a aquellos pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico, con el objetivo de disminuir el estrés secundario a la intervención quirúrgica, propiciando una mejor recuperación del paciente al disminuir significativamente las complicaciones y la mortalidad. Está ampliamente demostrado que el obeso mórbido es un paciente complejo que requiere de un equipo multidisciplinar. Una de las herramientas con las que cuentan los distintos profesionales sanitarios son las vías clínicas y las guías de práctica clínica, éstas pretenden normalizar los diferentes procesos asistenciales y ser un instrumento de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas, disminuyendo la incertidumbre que acompaña a cada una de ellas, evitando así la duplicidad de pruebas, acortando los tiempos entre éstas y los tratamientos y, en definitiva, mejorando la calidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS

- Informar al paciente y a sus familiares de lo que pueden esperar cada día.
- Mejora en la calidad asistencial de los pacientes mediante la estandarización de las técnicas y los procesos.
- Reducir los costes asociados a la estancia hospitalaria e instrumentación.

MÉTODO

- Elaboración del protocolo siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas y documentos de consenso de las sociedades científicas
- Difusión del protocolo a los servicios indicados
- Aplicación del protocolo de fast-track a los pacientes indicados de cirugía bariátrica
- Registro de incidencias por parte del servicio de Anestesia
- Valoración, seguimiento y tratamiento por parte del servicio de Endocrinología del estado metabólico de los pacientes con obesidad y en especial los diabéticos
- Evaluación de la implementación del protocolo y encuestas de satisfacción a los pacientes
- Cumplimiento de las fases del protocolo según la matriz temporal de cada implicado

INDICADORES

- % de pacientes a los que se les ha practicado el protocolo estando indicado
- Número de incidencias registradas en el periodo perioperatorio por anestesia
- % de cumplimentación de encuestas de satisfacción
- Estancia media de ingreso de los pacientes

DURACIÓN

- Elaboración del protocolo ENERO 2019
- Exposición del protocolo a los servicios implicados FEBRERO 2019
- Fase inicial de implementación-Fase 0 MARZO 2019
- Introducción en Farmatools de las modificaciones farmacológicas y de cuidados FEBRERO 2019
- Registro/resumen de anestesia de las incidencias encontradas OCTUBRE 2018
- Resultados y evaluación de resultados 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 - 2019/0858

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL QUE PUEDEN BENEFICIARSE DEL ALTA HOSPITALARIA PRECOZ

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ISSA TALAL EL ABUR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA DOMINGUEZ MELODY
SAUDI MORO SEF
SARVISE LACASA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos realizado un estudio prospectivo recogiendo las variables correspondientes a los pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma programada entre el 1 de abril de 2019 y el 30 de septiembre de 2019 (6 meses) de hernias de la pared abdominal, incluyendo como tales las siguientes: inguino-cruales, umbilicales, epigástricas y eventraciones pequeñas.

Hemos empleado los criterios comunes básicos empleados para el alta precoz por las diferentes unidades de cirugía mayor ambulatoria existentes a nivel nacional:

Criterios clínicos: tolerancia a la ingesta alimentaria (si/no), deambulación (si/no), micción espontánea (si/no) y control del dolor con analgesia oral (si/no).

Criterios socio-familiares: facilidad del acceso al domicilio (si/no) y presencia de familiares o acompañantes que se puedan hacer cargo del paciente durante el postoperatorio inmediato (si/no).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos estudiado a 82 pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma programada por presentar hernias de la pared abdominal en el periodo del estudio. Indicadores:

% de pacientes que cumplen criterios para ser candidatos a alta precoz/ los pacientes con hernioplastia programada: 79,3% (65/82) de los pacientes cumplían los criterios definidos para recibir el alta hospitalaria la misma tarde de la intervención quirúrgica.

% de pacientes que presentan una o más complicaciones en el postoperatorio inmediato/ los pacientes intervenidos: 20,7% (17/82).

% de pacientes con alta precoz/ total de pacientes intervenidos de hernioplastia. No se pudo evaluar este indicador.

% de pacientes satisfechos o muy satisfechos con el alta precoz (o con el confort)/ total de pacientes con alta precoz. No se pudo evaluar este indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En vistas a los resultados expuestos anteriormente, el 79,3% de los pacientes podrían ser candidatos a un alta precoz, lo cual tendría consecuencias positivas para su recuperación postoperatoria, además del potencial ahorro de recursos económicos sanitarios. Sería interesante realizar un estudio más amplio que incluyera indicadores económicos para comprobar con mayor evidencia los beneficios que puede aportar el establecimiento de una unidad de cirugía mayor ambulatoria para el tratamiento de las hernias de la pared abdominal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/858 ===== ***

Nº de registro: 0858

Título
ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA SELECCION DE PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL QUE PUEDEN BENEFICIARSE DEL ALTA HOSPITALARIA PRECOZ

Autores:
TALAL EL ABUR ISSA, GARCIA DOMINGUEZ MELODY, SAUDI MORO SEF, MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO, ABADIA FORCEN MARIA TERESA, UTRILLA FORNALS ALEJANDRA, SARVISE LACASA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0858

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL QUE PUEDEN BENEFICIARSE DEL ALTA HOSPITALARIA PRECOZ

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las hernias de la pared abdominal representan un volumen muy amplio de la práctica diaria del cirujano general, así como un problema para la calidad de vida de los pacientes y un desafío terapéutico. A pesar de la frecuencia de esta intervención, ningún cirujano logra resultados ideales y se siguen observando complicaciones, como dolor postoperatorio, lesiones nerviosas, infecciones y recidivas. Una hernia consiste en protrusión anómala de un órgano o tejido a través de un defecto fijado en alguna de las paredes circundantes. Aunque la hernia pueda aparecer en diversos lugares, estos defectos se observan con más frecuencia en la pared abdominal, sobre todo en la región inguinal. Se estima que el 5% de la población general sufrirá una hernia de la pared abdominal, pero es posible que la prevalencia sea aún mayor. Cerca del 75% de todas las hernias se dan en la región inguinal. La prevalencia de las hernias aumenta con la edad, sobre todo la de las inguinales, umbilicales y femorales¹. Un aspecto importante en la mejora del proceso terapéutico de estos pacientes radica en su precoz incorporación a las actividades básicas de la vida diaria. En este punto ha jugado un papel fundamental la instauración paulatina de unidades de cirugía mayor ambulatoria (UCMA), con sus indiscutibles ventajas (reducción de gastos a nivel global, aumento de la eficiencia de los medios sanitarios, disminución de las estancias hospitalarias y mejoría de la satisfacción y el confort de los pacientes)². En estos momentos, nuestro Servicio de Cirugía General carece de un programa de cirugía mayor ambulatoria.

1Sabiston. Cirugía General y del aparato digestivo. 19ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

2Recart A. Ambulatory surgery. A new model of surgical medicine. Rev Med Clin Condes. 2017; 28 (5): 682-690.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer criterios de selección de pacientes candidatos a alta precoz tras hernioplastia.
- Obtener los datos necesarios (clínicos y socio-familiares) para clasificar a los pacientes.
- Elaborar e implementar el procedimiento de alta precoz tras hernioplastia programada en los pacientes seleccionados, como paso previo al desarrollo de una futura unidad de Cirugía mayor ambulatoria en el área de Cirugía General.
- Aumentar la satisfacción y el confort del paciente.
- Mejorar la eficiencia del proceso.

MÉTODO

- Se realizará un estudio prospectivo de los factores clínicos (comorbilidad) y socio-familiares de los pacientes que se intervendrán los próximos meses de forma programada de hernias de la pared abdominal (inguino-crurales, umbilicales, epigástricas y eventraciones pequeñas), con preguntas previas sobre algunos aspectos socio-familiares (facilidad del acceso al domicilio y presencia de familiares o acompañantes que se puedan hacer cargo del paciente durante el postoperatorio inmediato).
- Se recogerán las variables clínicas de los pacientes incluidos en el estudio (edad, comorbilidad, complicaciones postoperatorias, tiempo de recuperación de la anestesia...).
- Se establecerán los criterios que definen al paciente que va a ser sometido a hernioplastia programada como candidato a alta precoz, entendiéndose como tal el alta hospitalaria que puede realizarse el mismo día de la intervención quirúrgica.
- Se documentará el procedimiento.
- Se pasará una breve encuesta a los pacientes sobre la satisfacción y el confort.

INDICADORES

- % de pacientes que cumplen criterios para ser candidatos a alta precoz/ los pacientes con hernioplastia programada.
- % de pacientes que presentan una o más complicaciones en el postoperatorio inmediato/ los pacientes intervenidos
- % de pacientes con alta precoz/ total de pacientes intervenidos de hernioplastia.
- % de pacientes satisfechos o muy satisfechos con el alta precoz (o con el confort)/ total de pacientes con alta precoz.

DURACIÓN

Aplicación, registro y monitorización: 1 abril de 2019- 30 de septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0858

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL QUE PUEDEN BENEFICIARSE DEL ALTA HOSPITALARIA PRECOZ

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 - 2019/1214

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIOS (PRP) EN PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR BASADO EN LA EVIDENCIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ERNESTO ARROYO RUBIO
· 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.

VAL MANSOUR SAMI
GARCIA AGUILERA DAVID
BADIOLA VARGAS JARA
FERRER PEIRON SOFIA
ROY ASENSIO LYDIA
BOROBIA BONEL RAQUEL
BORDONADA BAILON JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una sesión bibliográfica con la participación de todos los miembros del Servicio para revisar la última evidencia disponible en el tratamiento con PRP en las patologías del aparato locomotor y se decidió en base a las publicaciones de mayor relevancia restringir su uso a las tendinopatías y condropatías de grado leve-moderado. Asimismo se estableció realizar una única infiltración seguida de unas pautas de estiramientos, ejercicios, modificación género de vida, ... en lugar de las tres infiltraciones que se venían realizando hasta la fecha sin ninguna justificación científica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el momento actual todavía se están tratando pacientes con el protocolo previo que tenían pendiente finalizar la tanda de 3 infiltraciones. Desde Septiembre de 2019 la mayoría de componentes del Servicio están incluyendo una única infiltración en la hoja de demanda quirúrgica. Se ha habilitado una base de datos en la que se incluyen los pacientes a los que se va a realizar el tratamiento con el objetivo de recoger los datos necesarios durante el periodo de realización del proyecto (Septiembre 2019-Septiembre 2020) y evaluar los indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La demanda por parte de la población de este tipo de tratamientos se está incrementando, debido en parte al "boca a boca" y también a la aparición en medios de comunicación de noticias relacionadas con deportistas de élite que han recibido algún tratamiento similar. Es nuestra labor como profesionales contener falsas expectativas y racionalizar el empleo de estos tratamientos que si bien no presentan apenas morbilidad, suponen un importante gasto y consumo de recursos. El objetivo final del proyecto es homogeneizar las indicaciones y hacer un uso racional de una terapia que correctamente empleada, pensamos que aporta un beneficio a nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1214 ===== ***

Nº de registro: 1214

Título
TRATAMIENTO CON FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIOS (PRP) EN PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR BASADO EN LA EVIDENCIA

Autores:
ARROYO RUBIO ERNESTO, VAL MANSOUR SAMI, GARCIA AGUILERA DAVID, BADIOLA VARGAS JARA VICTORIA, FERRER PEIRON SOFIA, ROY ASENSIO LYDIA, BOROBIA BONEL RAQUEL, BORDONADA BAILON JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1214

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIOS (PRP) EN PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR BASADO EN LA EVIDENCIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El plasma rico en plaquetas (PRP) es un preparado que se emplea con fines terapéuticos en diversas patologías musculoesqueléticas con cada vez mayor aceptación, debido a su teórico potencial para reparar tejidos con baja capacidad de curación. En los últimos años ha tenido un gran auge en el tratamiento de lesiones deportivas musculares, tendinosas y ligamentosas, así como en artrosis de rodilla y cadera. A pesar de su empleo cada vez mayor, existe una gran variabilidad en sus aplicaciones y una escasez de estudios con nivel de evidencia científica suficiente para respaldar su uso indiscriminado.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto persigue establecer unos criterios homogéneos de empleo de la terapia con factores de crecimiento plaquetarios en las distintas patologías del aparato locomotor, excluyendo su utilización en aquellos casos en los que no esté demostrada su utilidad y/o existan otras alternativas más eficaces.

MÉTODO

Se revisarán retrospectivamente los casos en los que se ha utilizado tratamiento con PRP en los últimos 3 años para realizar un análisis estadístico y valorar las patologías en las que se han empleado, tipo de PRP utilizado, número de inyecciones, complicaciones,... Posteriormente se establecerá una reunión para discutir los resultados de dicho análisis y junto con la última evidencia disponible elaborar un protocolo común para homogeneizar criterios de inclusión de pacientes candidatos a recibir tratamiento con PRP.

INDICADORES

Número de pacientes tratados con PRP / Número total de pacientes quirúrgicos
Número de pacientes tratados con PRP agrupados por patología
Número de pacientes incluidos en LEQ para PRP / Número de pacientes en consulta
Nº complicaciones / Nº de pacientes tratados con PRP
Encuesta de satisfacción a pacientes tratados con PRP y cuestionarios objetivos según patología

DURACIÓN

Septiembre 2019-Septiembre 2020

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 - 2019/1287

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LA HISTORIA CLINICA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA EN LA PATOLOGIA DEL HOMBRO EN EL SECTOR I

Fecha de entrada: 30/01/2020

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.

VAL MANSOUR SAMI
ARROYO RUBIO ERNESTO
LARRIBA JAIME ANGEL
IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El artículo 3 de la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente define la historia clínica como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Inicialmente, nos reunimos los componentes del plan de mejora que formamos parte de la sección de Hombro y artroscopia compleja del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, en abril de 2019. Tras la exposición del resumen del proyecto por el coordinador y las tareas necesarias se propuso la realización de una plantilla común que englobara los principales aspectos que se incluían habitualmente en la historia clínica de la consulta de patología del hombro. Se realizó una revisión bibliografía actualizada en los principales buscadores Pubmed, Medline, Crochane, GuiaSalud y Fisterra para analizar la validez de las diferencias pruebas funcionales que realizábamos cada uno de los componentes de la unidad de hombro, revisión de protocolos de patología de hombro doloroso como por ejemplo el existente en el Sector I desde 2019 "Protocolo de consenso entre atención primaria y hospitalaria para el manejo del hombro doloroso

Se diferenció inicialmente el tiempo de evolución (patología aguda: menor de 6 meses; patología degenerativa: mayor de 6 meses o patología degenerativa con antecedente agudo traumático). Dentro del apartado de patología aguda se diferenció infección, inestabilidad glenohumeral, fractura osteoarticular y patología de manguito de rotadores. En cambio, en el apartado de patología degenerativa se diferenció: osteonecrosis, artrosis y patología manguito de rotadores. En el apartado de patología degenerativa con antecedente agudo traumático se incluyeron las patologías degenerativas pero que presentaban en los últimos 6 meses un proceso agudo descrito en el primer apartado.

Pese a diferenciar la patología en función del tiempo de evolución y de la existencia de componente desencadenante, se realizó una misma plantilla unificada. La plantilla estaba adaptada al modelo número 30 de las consultas externas del Sector I del Hospital Royo Villanova, por lo que se decidió imprimir en dicha hoja y posteriormente rellenarlo por el médico traumatólogo responsable.

Los apartados en la plantilla fueron: Edad, Motivo de consulta, Remitido desde, Profesión, Deporte, Antecedentes personales (alergias, médicos, quirúrgicos), Exploración física con la lateralidad, rango de movilidad (Antepulsión, Abducción, Rotación interna, Rotación Externa) y la principales maniobras (Hawkins, Jobe, Gerber, Yergason, Acromioclavicular, Patte); Curso evolutivo, Pruebas complementarias (Radiología simple, ecografía, resonancia magnética nuclear, Tomografía axial computarizada); Tratamiento recibido (toma de fármacos, infiltraciones intraarticulares, fisioterapia de centro de salud, tipo de inmovilización y/o reposo); Escalas de valoración (Escala de valoración de la funcionalidad del hombro "Escala de Constant" y Escala de Valoración del Hombro de la American Shoulder and Elbow Surgeons; por último el nuevo tratamiento pautado por el traumatólogo y la firma del mismo.

Tras finalizar la realización de la plantilla por los componentes del plan de mejora a finales de septiembre fue presentando al Servicio de cirugía ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova y aprobada por el mismo el 4 de octubre de 2019. Posteriormente iba a ser solicitada la aprobación por la comisión de Historias Clínicas y Documentación de nuestro sector para poder incluir el modelo unificado en la historia clínica escrita del paciente del centro de Especialidades pero desde la dirección del centro se nos notificó que debíamos iniciar la "Historia clínica Electrónica" en las consultas externas por lo que se decidió por unanimidad en el grupo no solicitar a la comisión de historias clínicas la aprobación ya que no se iba a poder poner en práctica la plantilla escrita al tener que cambiar a formato informatizado.

En enero de 2020, el Servicio de Informática realizó durante 2 sesiones la explicación del manejo y utilización de la Historia Clínica Electrónica. Describieron el apartado de textos prerredactados. Por lo que la plantilla escrita utilizada en el modelo 30 objetivo inicial de nuestro plan de mejora fue modificada y adaptada para poder incluir en textos prerredactados. Actualmente, pendientes de la aprobación por Servicio Informática y disponibilidad de la plantilla. En la sesión de enero se explicó al Servicio la plantilla para la utilización de la misma, con la conformidad de todo el servicio.

PLANTILLA:

"Edad	Motivo Consulta:		
Remitido desde	Profesión	Deporte	
Tiempo de evolución		Antecedente traumático	
Antecedentes Personales: Alergias			
Médicos			
Quirúrgicos			
Exploración Física:	Derecho	Izquierdo	

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1287

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LA HISTORIA CLINICA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA EN LA PATOLOGIA DEL HOMBRO EN EL SECTOR I

Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

La demora en las primeras visitas de consultas externas en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Sector I es de aproximadamente 11 meses cuando el paciente es remitido desde el Médico de Atención Primaria por una patología musculoesquelética con prioridad normal.
En la actualidad, el Servicio de COT del Sector I está distribuyendo las diferentes patologías osteomusculares por secciones (Hombro, Artroplastia, Mano-Pie, Raquis). La Sección de Hombro y Artroscopia compleja está funcionando desde el 2018 realizando nuevas técnicas, nuevos tratamientos y nuevas indicaciones quirúrgicas. Sin embargo, no existe un análisis objetivo y estadístico de los resultados de la unidad ni una comparación con la bibliografía actual por múltiples causas como pueden ser: la diversidad de los datos recogidos en el evolutivo clínico de la historia clínica escrita del paciente o en ocasiones, datos no incluidos en la historia clínica.
La diversidad de los datos o en ocasiones la ausencia de los mismos dificulta la recogida de datos y un posible estudio estadístico. La importancia de una historia clínica completa con exploración física, cuestionarios clínicos y resultados de las intervenciones realizadas son realizados pero no reflejados en la historia escrita por el escaso tiempo que se dispone entre pacientes citados en la consulta por lo que con la incorporación de una plantilla orientativa y de respuesta múltiple se facilitaría disponer de un documento orientativo que se incluiría en la historia clínica y permitiría disponer de un evolutivo clínico completo, la posibilidad de realizar análisis estadístico de múltiples variables y la comparación de resultados entre los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar una anamnesis completa en pacientes con patología osteomuscular del hombro en las consultas de cirugía ortopédica y traumatología del Sector I mediante una plantilla y disponer de las mismas variables en el evolutivo clínico escrito con el objetivo final de unificar los datos recogidos.

MÉTODO

Para conseguir los objetivos descritos se realizará una plantilla con diferentes apartados.

- 1.- Edad y Motivo consulta
- 2.- Antecedentes personales (médicos, intervenciones, deporte y trabajo habitual).
- 3.- Exploración Física
- 4.- Cuestionarios clínicos del hombro y dolor
- 5.- Infiltraciones previas
- 6.- Intervenciones
- 7.- Resultados

En primer lugar, nos reuniremos los componentes de la unidad y del plan de mejora para validar un documento con los diferentes apartados descritos previamente.

En segundo lugar, Tras la validación por la sección, en sesión clínica del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova de Zaragoza se expondrá la plantilla, por si existiera el caso de paciente revisado o citado con el resto de componentes del servicio de COT.

Por último lugar, se comunicaría a la Comisión de Historias clínicas y Documentación para poder incluir la plantilla en la historia clínica escrita. Una vez autorizados, se procederá a la unificación de datos clínicos recogidos en la historia clínica.

INDICADORES

- 7.1.- Porcentaje de la elaboración del documento-plantilla.
- 7.2.- Números de pacientes con patología de hombro revisados en el último año con documento-plantilla en su historia clínica/ Número de paciente con patología de hombro revisados en la consulta COT en el último año sin el documento-plantilla en su historia.

DURACIÓN

Desde la aprobación del plan de mejora hasta septiembre de 2019 se realizará el documento-plantilla donde se incluirán los diferentes apartados descritos en el apartado de "Actividades y Ofertas de Servicios".
Tras la realización del documento-plantilla se presentará sobre septiembre de 2019 a los componentes del plan de mejora, a los miembros de la unidad de hombro del Sector I, al servicio de cirugía ortopédica y traumatología y finalmente se enviará a la Comisión de Historias clínicas.
Tras aprobación por la comisión clínica de historias, se incluirá en la consulta los documentos para iniciar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1287

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LA HISTORIA CLINICA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA EN LA PATOLOGIA DEL HOMBRO EN EL SECTOR I

la realización de la primera anamnesis de todos los pacientes con patología osteomuscular del hombro. En enero de 2020 se realizará una revisión de las historias clínicas de pacientes vistos en el centro de especialidades con patología osteomuscular del hombro. El proyecto está previsto finalizarlo para marzo de 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1335

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES GENERALES TRAS CIRUGIA DE MANO Y TRAS CIRUGIA DE PIE EN REGIMEN DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA) COMPLEJA DE TRAUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MEJIA CASADO
· 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.
MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la redacción y aprobación por la Comisión de documentación del documento informativo y explicativo, se ha adjuntado y explicado al alta a todos los pacientes intervenidos en el quirófano de CMA de la Unidad Mano-Pie en el Hospital Nuestra Señora de Gracia desde el inicio de la actividad en junio de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este periodo de tiempo no nos constan complicaciones durante el postoperatorio inmediato.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dados los resultados y la utilidad de las recomendaciones, el documento, actualmente, se entrega a todos los pacientes intervenidos de mano o pie a través de CMA programados días distintos al quirófano reservado a la Unidad de Mano- Pie; por lo que nuestra valoración subjetiva es muy positiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1335 ===== ***

Nº de registro: 1335

Título
INSTRUCCIONES GENERALES TRAS CIRUGIA DE MANO Y TRAS CIRUGIA DE PIE EN REGIMEN DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA) COMPLEJA DE TRAUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
MEJIA CASADO ANA, MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Sustitución por CMA u otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dada la ampliación de la oferta quirúrgica de la Unidad Mano -Pie del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Royo Villanova mediante la apertura de un nuevo quirófano de Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, y dado que incluye patología de alta resolución, en régimen de CMA, es decir, patología que no precisa ingreso pero que dada su complejidad precisará de cuidados especiales las primeras 24 horas en cuanto a anestesia, analgesia y protección del miembro ; nos vemos en la necesidad de informar a los pacientes y familiares, no sólo de manera verbal, sobre los cuidados posteriores y los signos o síntomas de alarma por los que debieran acudir a su centro hospitalario. Se pretende así adjuntar al alta, un documento explicativo al respecto de su cirugía.

RESULTADOS ESPERADOS

Redactar un documento informativo y explicativo sobre los cuidados posteriores a la cirugía de mano y pie realizadas en régimen de CMA compleja de la Unidad de Mano -Pie que se adjuntará al alta, minimizando las consultas o las visitas al servicio de Urgencias que no sean estrictamente necesarias. constará de varios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1335

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES GENERALES TRAS CIRUGIA DE MANO Y TRAS CIRUGIA DE PIE EN REGIMEN DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA) COMPLEJA DE TRAUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

apartados sobre recomendaciones generales, y particulares en cuanto a tipo de anestesia, analgesia, protección del miembro y ejercicios específicos, según bibliografía internacional y guías consenso.

MÉTODO

El documento se adjuntará al alta del paciente además de la información verbal pertinente, de manera que se insista en el tipo de anestesia utilizado y su duración, protección del miembro intervenido, síntomas normales y signos o síntomas de alarma.

Una vez redactado, se comunicará a la Comisión de Documentación para su autorización oficial.

INDICADORES

Las consultas por complicaciones realizadas por los pacientes durante el postoperatorio inmediato se tomarán como indicador de calidad. Todas las incidencias serán preguntadas al paciente en consultas de revisión posteriores y se comunicarán al coordinador de la Unidad.

DURACIÓN

Inicio de la actividad quirúrgica el 6 de junio de 2019, sin fecha de cese.

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 - 2019/1325

1. TÍTULO

PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGIA EN EL SECTOR Z1 PARA SU INCORPORACION A CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER GARCIA LATASA DE ARANIBAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL
CONEJERO DEL MAZO RAQUEL
FUENTELESAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA
DEL PRADO SANZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A continuación se analizan los resultados de este proyecto a la vista de los objetivos del mismo, argumentando y respondiendo a cada uno de los indicadores planteados así como los resultados obtenidos en cada uno de ellos.

INFORME SOBRE EL ESTUDIO REALIZADO.

Los problemas dermatológicos son una de las causas que generan más demanda asistencial en las consultas de Atención Primaria encontrándose entre los 10 primeros motivos de consulta. De forma coordinada con la Dirección (Dra. Mendi) y Subdirección (Dr. Galindo) de Atención Primaria del Sector I de Zaragoza, se contabilizan las derivaciones a las consultas de Dermatología en los años 2017 y 2018 que son 9866 y 9534 pacientes respectivamente.

De estos pacientes, se observa que los episodios activos S77, S79, S80, S81 y S82, que se corresponden con patología tumoral benigna y premaligna/maligna, han supuesto entre el 25 y el 30% de las derivaciones a las consultas de Dermatología.

A la vista de estos datos, es preciso un diagnóstico precoz desde Atención Primaria de estas enfermedades con el fin de discriminar las lesiones tumorales susceptibles de derivación a Dermatología; más aún, teniendo en cuenta que el número de interconsultas a esta especialidad es de las más altas (9866 en 2017 y 9534 en 2018 como ya se ha comentado), sólo precedida por la especialidad de Oftalmología.

Por todo ello, concluimos que la patología en la que se deben centrar los esfuerzos en un primer momento es la patología tumoral.

ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE SELECCIÓN Y DERIVACIÓN DE PACIENTES.

Tal y como se ha comentado en el final del apartado anterior, será seleccionada la patología tumoral melanocítica o no melanocítica susceptible de ser valorada por Dermatología que el Médico de Atención Primaria estime debe ser valorada por Dermatología por la dificultad de establecer un diagnóstico.

Los Médicos de Atención Primaria (MAP) enviarán las peticiones al Servicio de Dermatología que se almacenarán en una agenda especial de Interconsulta Virtual que podrá ser consultada por los dermatólogos. Estos, tras leer cada petición y revisado de las fotografías adjuntas, deberán indicar el diagnóstico y el tratamiento oportuno. Las respuestas de los especialistas serán remitidas al centro de salud correspondiente. El médico de primaria tras consultar su respuesta, deberá indicar al paciente el diagnóstico y el tratamiento indicado por el médico especialista.

El circuito que proponemos para la realización de esta Interconsulta Virtual sería el siguiente:

1. El paciente acude a Atención Primaria por una lesión de carácter dermatológico.
2. Si el MAP considera que dicha lesión es susceptible de ser derivada a Atención Especializada por esta vía contactaría, al menos en los primeros momentos de la implantación de la Interconsulta Virtual, con el MAP del Centro de Salud encargado del acceso al sistema para generar una teleconsulta.
 - a. Rellenará un informe con un conjunto mínimo de datos compuesto de antecedentes, anamnesis, localizaciones y diagnóstico.
 - b. Realizará 3 fotos de la lesión (panorámica, detalle y dermatoscopia- cuando sea necesaria) y las adjuntará a la teleconsulta.
 - c. Imprimirá y entregará un informe al paciente donde quedan reflejados los datos de la consulta así como de unas instrucciones que sirven para informar al paciente del sistema en el que está participando.
3. El MAP citará al paciente en un plazo máximo de 15 días para darle los resultados del dermatólogo, ya que éste se compromete a responder la teleconsulta en un máximo de 10 días.
4. En el caso de que el dermatólogo estime necesario que el paciente debe acudir a Atención Especializada para una exploración presencial, la Unidad de Citaciones del Centro de Especialidades o del Hospital se pondrá en contacto directamente con el paciente o le mandará un correo para indicarle la fecha y hora de la cita de presencia en el Hospital.
5. Si el paciente no ha acudido a su Centro de Salud a recoger los resultados del dermatólogo en la fecha en la que el MAP lo citó deberá acceder al sistema para ver la respuesta del especialista o si ha sido citado en Dermatología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1325

1. TÍTULO

PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGIA EN EL SECTOR Z1 PARA SU INCORPORACION A CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA

En el Servicio de Dermatología, se habilitará una agenda específica para citar a los pacientes que tras la valoración por Interconsulta Virtual requieran una consulta presencial.

PLAN PROPUESTO PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGÍA.

Durante el primer trimestre de 2020 se pondrá en marcha la Interconsulta Virtual de Dermatología una vez el entorno informático, en el que está trabajando el Servicio de Informática del Hospital Royo Villanova, esté preparado.

En cuanto el entorno informático esté disponible, se empezará por 3 Centros de Salud:

1. CS La Jota.
2. CS Actur Oeste.
3. CS Alfajarín.

El protocolo de selección de pacientes y derivación de los mismos ha sido comentado en el apartado anterior. Cada uno de los Centros de Salud dispondrá de un dermatoscopio y de acceso seguro al entorno informático para remitir la Interconsulta: fotografías e informes.

DISEÑO DEL PLAN DE FORMACIÓN.

Han sido formados 44 médicos de Atención Primaria, 2 de ellos pediatras, de 11 de los 13 Centros de Salud del Sector I de Zaragoza.

La formación se ha llevado a cabo por uno de los miembros de nuestro Servicio de Dermatología experto de dermatoscopia, el Dr. Alcalde, los días 4, 5 y 6 de noviembre en la Sala de Gerencia del Sector I de Zaragoza (Parque Goya) con el siguiente programa:

1. Lunes, 4 de noviembre de 2019.
 - a. Introducción a la Dermatoscopia.
 - b. Semiología Dermatoscópica.
 - c. Métodos diagnósticos.
 - i. Método en dos etapas.
 - ii. Análisis de patrones.
 - iii. Método de los tres puntos
 - d. Casos clínicos.
2. Martes, 5 de noviembre de 2019.
 - a. Nevus melanocíticos.
 - i. Nevus melanocíticos adquiridos.
 - ii. Nevus melanocíticos congénitos.
 - iii. Nevus atípicos.
 - iv. Nevus de Reed. Nevus de Spitz.
 - v. Nevus azul.
 - b. Melanoma.
 - c. Casos clínicos.
3. Miércoles, 6 de noviembre de 2019.
 - a. Queratosis seborreica.
 - b. Dermatofibroma.
 - c. Queratosis actínica.
 - d. Enfermedad de Bowen.
 - e. Carcinoma basocelular.
 - f. Carcinoma espinocelular.
 - g. Casos clínicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha dado respuesta a todos los indicadores (SI) planteados tal y como se ha argumentado en el apartado anterior (actividades realizadas)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se trata de un proyecto ambicioso que va a mejorar la coordinación entre Primaria y Especializada en Dermatología. Ello redundará en la mejor priorización de los pacientes desde Primaria a la consulta del especialista mejorando las listas de espera.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1325 ===== ***

Nº de registro: 1325

Título
PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGIA EN EL SECTOR Z1 PARA SU

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1325

1. TÍTULO

PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGIA EN EL SECTOR Z1 PARA SU INCORPORACION A CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA

INCORPORACION A LA CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y DE LOS CENTROS DE AT. PRIMARIA

Autores:

GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER, ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL, CONEJERO DEL MAZO RAQUEL, FUENTEELSAZ DEL BARRIO VICTORIA, DEL PRADO SANZ MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Se estudiará qué tipo de patología.
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La telemedicina representa una realidad en la atención sanitaria actual y es considerada estratégica por la Organización Mundial de la Salud. Además, mejora la provisión de servicios de salud en áreas con menor acceso a los recursos sanitarios, así como la calidad de la atención en áreas con menos dificultades de acceso a estos servicios. La teledermatología (TD) representa uno de los usos más habituales de la telemedicina. La TD ha demostrado ventajas en la mejora del acceso del paciente al dermatólogo en procesos cutáneos específicos y en dermatología general.

La TD es un instrumento complementario a la práctica de la dermatología y, por lo tanto, debe ser el dermatólogo el profesional que lidere el desarrollo de las iniciativas de TD asumiendo un papel coordinador en los equipos multidisciplinares tanto en el desarrollo como en el uso de la misma.

Como instrumento complementario de la práctica de la dermatología presencial, facilitaría la selección y priorización de los pacientes sin perjuicio de la necesidad de contar en todos los casos con la disponibilidad de la consulta presencial si se requiere. Por ello, debe incorporarse como parte de un proceso asistencial para responder a necesidades específicas identificadas (accesibilidad, priorización, coordinación entre niveles, seguimiento de crónicos, formación continuada, etc.). En consecuencia, es preciso definir qué etapa, qué actividad de un proceso concreto es susceptible de ser mejorada mediante TD estableciendo los procedimientos y definiendo bien los protocolos de derivación.

En el conjunto de actividades programadas de un servicio de dermatología, la TD debe contar con un tiempo específico para el desarrollo de todas las actividades relacionadas (agendas de teleconsulta, formación, incidencias técnicas, etc.). En relación con el equipamiento, es preciso el uso de equipos y software de uso sencillo para todos y la seguridad en la transmisión de datos, por lo que todo debe integrarse en los sistemas de información corporativos.

Cualquier profesional participante en un programa de TD deberá completar un plan de formación adaptado que debe actualizarse y mantenerse. Además, es fundamental implantar un sistema de control de calidad que garantice la mejora continua del programa.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Planificar y organizar la viabilidad de la interconsulta virtual (teledermatología) en el Sector I de Zaragoza.
 - 1.a. Selección de los pacientes.
 - 1.b. Priorización de los pacientes.
 - 1.c. Procedimientos de trabajo.
 - 1.d. Protocolo de derivación.
 - 1.e. Agendas y tiempos específicos.
 - 1.f. Equipamiento e integración en los sistemas de información corporativos.
 - 1.g. Plan de formación
2. La selección y priorización de los pacientes derivados redundaría en una mejora de las listas de espera.

MÉTODO

Para lograr los objetivos:

- Se coordinará con Atención Primaria del Sector I qué Centro de Salud se escogerá y qué profesionales del mismo para estudiar la puesta en marcha de este servicio con el fin de extenderlo al resto de Centros de Salud.
- Se estudiarán los tiempos necesarios de consulta en Atención Primaria: consulta médica, realización de las fotografías y remisión de las mismas.
- Se estudiarán los tiempos necesarios de consulta en Atención Especializada (dermatología) para el estudio y contestación de los casos remitidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1325

1. TÍTULO

PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGIA EN EL SECTOR Z1 PARA SU INCORPORACION A CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA

INDICADORES

- Informe sobre el estudio realizado (SI/NO).
- Elaboración del protocolo de selección y derivación de pacientes (SI/NO).
- Plan propuesto para la puesta en marcha de la interconsulta virtual de Dermatología (SI/NO).
- Diseño del plan de formación (SI/NO).

DURACIÓN

- Abril-Junio 2019: Análisis de la situación. Estudio del proyecto. Informe.
- Julio 2019: Elaboración de los protocolos (selección y priorización de los pacientes).
- Septiembre-Diciembre 2019:
 - o Planificación tiempos necesarios en Atención Primaria y Especializada: agendas.
 - o Equipamiento necesario en consultas de Primaria y Especializada (dermatología).
 - o Integración sistemas informáticos corporativos.
 - o Plan de formación.

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 - 2019/0626

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACIÓN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPÁTICA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE SONIA MOSTACERO TAPIA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ROYO VILLANOVA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BANDRES NIVELA MARIA OROSIA
SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA
VIDAL PERACHO CONCEPCION
MONTROYA ARENAS JOSE JONATHAN
FERNANDO TREBOLLE JOSE
MENAL MUÑOZ PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Para llevar a cabo el proyecto de mejora y de acuerdo con los objetivos que nos propusimos se han realizado las siguientes actividades:
 - Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema; esteatosis hepática no alcohólica en las siguientes bases de datos; PUBMED, COCHRANE y EMBASE en Mayo y Junio de 2019 por parte de los componentes del proyecto.
 - Se han realizado tres reuniones multidisciplinarias entre mayo y junio de 2019 entre los colaboradores del proyecto de mejora para establecer la metodología del proyecto, los protocolos a realizar y establecer el circuito mas eficaz para la recogida de pacientes.
 - Tras estas primeras reuniones y previa al inicio de la recogida de pacientes, se realizo una sesión clínicatmultidisciplinar en Junio de 2019 que incluyó a todos los componentes del servicio de Digestivo, Endocrinología, Cirugía (cirujanos responsables de la consulta de obesidad) Cardiología Grande Covián y enfermería de las consultas implicadas. En esta sesión se explico el proyecto a las especialidades indicadas y se desarrollaron y explicaron los siguientes puntos clave:
 - ? -Criterios de inclusión de los pacientes en el estudio:
 - Pacientes con riesgo de desarrollar enfermedad metabólica hepática;
 - o Pacientes con dislipemia (DLP).
 - o Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).
 - o Pacientes con obesidad.
 - o Pacientes con hipertensión arterial.
 - Pacientes ya diagnosticados de esteatosis hepática con ecografía.
 - Se definió como pacientes con dislipemia aquellos cuyo diagnóstico aparecía reflejado en el programa de Atención Primaria OMI, o aquellos que ya estaban en tratamiento con estatinas u otros hipolipemiantes o aquellos sin tratamiento que presentan una concentración elevada de lípidos incluyendo colesterol (Colesterol total >200, LDL >100), triglicéridos (>150) o ambos, o una concentración baja de colesterol rico en lipoproteínas de alta densidad (HDL < 40).
 - Se definió como pacientes diabéticos tipo 2 aquellos cuyo diagnóstico aparecía reflejado en el programa de Atención Primaria OMI, o aquellos en tratamiento con antidiabéticos orales, insulina, o ambos, o aquellos pacientes sin tratamiento, pero con glucosa en ayunas por encima de >126 mg/dl en dos determinaciones diferentes o por encima de 200 mg/dl en una sola determinación.
 - Se definió como pacientes obesos aquellos cuyo diagnóstico aparecía reflejado en el programa de Atención Primaria OMI, o aquellos con un IMC igual o superior a 30.
 - Se definió como pacientes hipertensos aquellos cuyo diagnóstico aparecía reflejado en el programa de Atención Primaria OMI, o aquellos en tratamiento hipotensor de cualquier tipo, o aquellos con cifras de tensión arterial iguales o superiores a 130/80.
 - En cuanto a la ecografía; los criterios radiológicos para definir pacientes con esteatosis se basaron en mayor hiperecogenicidad del parénquima hepático en relación con corteza renal y bazo, y atenuación hepática con pérdida o disminución de la visualización de estructuras profundas como vasos o segmentos posteriores hepáticos.
 - Criterios de exclusión
 - Pacientes menores de edad (< 18 años)
 - Esteatosis hepática de probable origen alcohólico; hombres con consumo mayor de 30 gr/día y mujeres con consumo mayor de 20 gr/día.
 - Pacientes con hepatitis B o C diagnosticada.
 - Pacientes con autoanticuerpos positivos para hepatitis de tipo autoinmune.
 - Se explicaron los diferentes índices que íbamos a utilizar para estimar riesgo de fibrosis avanzada y riesgo cardiovascular y cómo calcularlos.
 - ? -Se dieron las pautas de derivación a los diferentes especialistas y a atención primaria:
 - -Pacientes con alto y medio riesgo cardiovascular se realiza interconsulta nominal a Cardiología (Dr Montoya) en CME Grande Covián para la evaluación pertinente.
 - -Pacientes con alto riesgo de fibrosis hepática según el score NAFL FS se derivan para seguimiento a consulta de enfermedades hepáticas para realizar el estudio y tratamiento pertinente.
 - -Derivación de pacientes a consultas de Endocrinología y/o cirugía de la obesidad mórbida en pacientes que así lo precisen.
 - Derivación de pacientes con bajo riesgo de fibrosis hepática y bajo riesgo cardiovascular con control en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0626

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACIÓN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPÁTICA

- Atención Primaria con analítica anual y ecografía abdominal cada dos años.
- Forma de remisión nominal de volantes a Radiología (Dra Menal) y a Cardiología (Dr Montoya).
- Se presentó el diseño del estudio de tipo observacional descriptivo-analítico para responder a los objetivos propuestos.
- Presentación de hoja excel de recogida de datos y registro de pacientes.
 - Variables recogidas:
 - Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica.
 - Edad en el momento de la recogida de datos: variable cuantitativa continua.
 - Procedencia del sujeto: variable cualitativa nominal policotómica.
 - ? Variables referentes a antecedentes personales previos
 - Antecedentes personales de diabetes mellitus: variable cualitativa nominal dicotómica, pudiendo tomar valores SÍ/NO.
 - Antecedentes personales de hipertensión arterial: variable cualitativa nominal dicotómica, pudiendo tomar valores SÍ/NO.
 - Antecedentes personales de dislipemia; variable cualitativa nominal dicotómica, pudiendo tomar valores SÍ/NO.
 - Antecedentes personales de cirugía bariátrica; variable cualitativa nominal dicotómica, pudiendo tomar valores SÍ/NO.
 - ? Variables referentes a parámetros antropométricos en el momento de la recogida de datos
 - Peso, Índice de masa corporal (IMC), tensión arterial sistólica (TAS), tensión arterial diastólica (TAD), tensión arterial media (TAM): variables cuantitativas continuas.
 - ? Parámetros analíticos
 - Hb1aC; variable cuantitativa continua.
 - Niveles de colesterol total; variable cuantitativa continua.
 - Niveles de triglicéridos; variable cuantitativa continua.
 - Niveles de HDL; variable cuantitativa continua.
 - Niveles de LDL; variable cuantitativa continua.
 - Niveles de GOT; variable cuantitativa continua.
 - Niveles de GPT; variable cuantitativa continua.
 - Niveles de GPT; variable cuantitativa continua.
 - ? Variables en cuanto a pruebas complementarias
 - Realización de ecografía abdominal y presencia de esteatosis; variable cualitativa nominal dicotómica, SÍ/NO.
 - ? Variables en cuanto a medición de escalas para valoración de riesgo cardiovascular, riesgo de fibrosis hepática y riesgo cardiovascular específico en diabéticos
 - Escala SCORE; variable cuantitativa discreta.
 - Escala NAFDL fibrosis score ; variable cuantitativa continua.
 - Escala UKPDS; variable cuantitativa continua.
 - Escala ASCV Risk Estimator Plus: variable cuantitativa continua.
 - ? Variables en cuanto a tratamiento farmacológico
 - ? Se recogió información sobre la exposición a los siguientes fármacos y grupos farmacológicos:
 - ? Tratamiento con ADOs; variable cualitativa nominal dicotómica, SÍ/NO.
 - ? Tratamiento con insulina; variable cualitativa nominal dicotómica, SÍ/NO.
 - ? Tratamiento en combinación con insulina + ADOs; variable cualitativa nominal dicotómica, SÍ/NO.
 - Se crearon los accesos directos de scores y carpeta específica del estudio con el nombre de esteatohepatitis en los ordenadores en las principales consultas implicadas.
 - Se realizaron protocolos los protocolos de derivación y se dejaron en las consultas en un sobre colgados en los tableros de las consultas implicadas.
 - Se comenzó recogida de pacientes de forma prospectiva a partir de Julio de 2019 hasta Octubre de 2019 (se amplió un mes más de lo previsto por la disminución de la actividad de consultas por las vacaciones estivales).
 - En Agosto de 2019 y previa reunión del equipo del proyecto hizo una modificación del protocolo en cuanto a la estratificación del riesgo cardiovascular ya que el score utilizado previamente (ASCV Risk Estimator Plus) no incluía a pacientes con edad avanzada y/o valores bajos de LDL-colesterol en paciente que tomaban estatinas decidiéndose emplear los scores validados que emplean por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) para lípidos y diabetes con acceso público desde las herramientas de su página web que permitían incluir los pacientes antes mencionados. Dichos scores son: SCORE para pacientes sin diabetes y el UKPDS para pacientes con diabetes mellitus. Se decidió, así mismo, que los pacientes a los que previamente se había aplicado el score seleccionado para el estudio y que no había dado problemas de inclusión se mantuvieran sin cambios ya que se había iniciado ya el circuito de derivación a Cardiología en los pacientes que lo habían requerido (riesgo alto e intermedio).
 - En Septiembre se hizo reunión recordatoria sobre el cambio de score y la ampliación del plazo de recogida de pacientes a las diferentes personas implicadas en el proyecto para que lo difundieran a sus colaboradores.
 - Entre los meses de Noviembre y Diciembre de 2019 se fusionaron las tablas Excel provenientes de las diferentes consultas y se terminaron de completar los datos provenientes de ecografías y analíticas e

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0626

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACIÓN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPÁTICA

interconsultas a especialistas y petición de fibroscan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para llevar a cabo el análisis de perfil epidemiológico de la EHNA se realizó un análisis descriptivo de las variables a estudio. Para variables cualitativas se aportan frecuencias relativas y absolutas. Las variables cuantitativas se expresan en media, desviación estándar, mediana, porcentaje y desviación típica. Para analizar la relación entre las variables a estudio se realizó un análisis bivariante. Se aplicó el test de SPEARMAN para demostrar la relación entre variables cualitativas y cuantitativas para datos no paramétricos y todas las variables cuantitativas se compararon mediante el análisis de la varianza (ANOVA). Se comprobó que las variables seguían una distribución normal o no mediante la fórmula de Kolmogorov-Smirnov. En el análisis multivariante se utilizó la regresión logística binaria o de Cox. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0. Se estableció el nivel de significación estadística para un p valor menor a 0.05.

- En esta tabla se han hallado tablas de frecuencia de EHNA en las diferentes especialidades, así como las frecuencias de las diferentes variables analizadas en la tabla entre los meses de julio-Octubre.
- Del análisis estadístico que se ha realizado de esta tabla se desprenden los siguientes resultados que eran objetos del estudio:
 - Se han incluido en el estudio un total de 139 pacientes (72 M, 67V), de los cuales el 41,7% provenía de las consultas de digestivo-hepatología, 23% de las consultas de cirugía-obesidad y el 35,3 % de las consultas de endocrinología-diabetes.
 - La prevalencia de esteatosis hepática en las consultas de cada especialidad ha sido la siguiente:
 - Consultas de cirugía de la obesidad preoperatorio: 66%
 - Consultas de digestivo: 22%
 - Consultas de endocrino -diabetes 58%
 - La prevalencia de HTA, DM y dislipemia en estos pacientes fue del 56,8%, 48% y 65% respectivamente.
 - En cuanto a los scores de riesgo cardiovascular a 10 años que se hizo a la población con EHNA,
 - el 23% presentaba alto riesgo de enfermedad cardiovascular; el 12 % riesgo intermedio y el 64% presentaban riesgo bajo de patología cardiovascular
 - El 100% pacientes con riesgo alto y riesgo intermedio han sido derivados a control por especialista en Cardiología en CME Grande Covian .
 - En cuanto al riesgo de fibrosis hepática de los pacientes con esteatosis hepática de nuestra población, el 20,9% presento un índice de fibrosis de NAFLD SCORE alto correspondiente a grado de fibrosis f3-F4. (En estos pacientes se ha comenzado con control de factores de riesgo que ha incluido dieta hipograsa, medidas higiénico dietéticas y se han pautado los controles pertinentes en la consulta de enfermedades hepáticas y el 3,4% de los pacientes de alto riesgo ha sido derivado a consultas de cirugía bariátrica para valorar tratamiento quirúrgico de obesidad.
 - Así mismo del estudio estadístico de los datos obtenidos del que se depende lo siguiente:
 - Hemos analizado los diferentes parámetros analíticos atendiendo al servicio del que proceden (Digestivo, Endocrino, Cirugía) mediante análisis ANOVA de un factor, encontrando diferencias estadísticamente significativas en la tensión arterial sistólica (TAS) $p < 0,0001$, tensión arterial media (TAM) y alanina aminotransferasa GPT ($p = 0,048$).
 - Cuando realizamos análisis de Spearman, en el estudio se ha estudiado la relación existente entre los dos scores empleados (NAFLD y SCORE/UKPDS/ASCVREP) y los diferentes parámetros analíticos. En relación al primer score se ha encontrado una correlación positiva y estadísticamente significativa entre estudio de NAFLD y la TAS (Rho de Spearman 0,269; $p = 0,001$) así como NAFLD e IMC / Rho de Spearman 0,349; $p = 0,349$)
 - Se han realizado dos análisis multivariantes (ambos scores evaluados: fibrosis hepática y riesgo cardiovascular), encontrándose relación positiva con todos los factores analizados, siendo la GPT el parámetro analítico con mayor peso específico en ambos (5,4; $p < 0,001$ en relación al NAFLD); (6,3; $p < 0,001$ en relación al SCORE).
- Otro de los objetivos planteados ha sido evaluar el cumplimiento del protocolo por parte de las diferentes especialidades, se ha analizado los datos de la tabla excel recogida hasta diciembre de 2019 y en cuanto al cumplimiento de la recogida de valores analíticos este ha sido del 100% para variables (tensión arterial, diabetes mellitus, peso, índice de masa corporal, tipo de tratamiento antidiabético, excepto en la variable perímetro abdominal que ha sido recogida en el 73,3% de los pacientes incluidos ya que hubo unas semanas que estuvo extraviada la cinta métrica). Se han realizado el 100% de los scores indicados en el protocolo, así como las interconsultas de derivación a Cardiología requeridas y se han realizado o bien ecografía (33% pacientes) o índice de hígado graso (FLI) (23% pacientes) a los pacientes que no tenían ecografía en los últimos 2 años, incluyéndose en el estudio aquellos con un índice FLI de alta probabilidad de esteatosis.
- En cuanto al protocolo de derivación a atención primaria en aquellos pacientes con riesgo bajo de fibrosis y factores de riesgo cardiovascular bajo se ha cumplido en un 100%, dándose de alta con control analítico anual en atención primaria y reevaluación ecográfica en dos años de acuerdo al protocolo realizado basado en las guías clínicas de las principales sociedades científicas europeas y americanas en hepatología (EASL y ASLD).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Existe evidencia científica consistente que considera la EHNA como una manifestación hepática del síndrome metabólico, teniendo una alta prevalencia, lo que implica una mayor relevancia en cuanto a la detección precoz de este síndrome; además hay que tener en cuenta que la EHNA es una enfermedad asintomática, que frecuentemente no muestra alteraciones analíticas relevantes al inicio y que en la mayoría de los estudios de prevalencia se determina mediante ecografía por lo que resulta de gran importancia poner de manifiesto la necesidad de un protocolo para el diagnóstico temprano, manejo, y tratamiento de aquellos pacientes afectados. Con este estudio hemos querido poner de manifiesto la frecuencia de esta enfermedad en la práctica clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0626

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACIÓN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPÁTICA

habitual concretamente en especialidades que tratan pacientes con factores de riesgo que si bien lo hemos limitado por razones metodológicas del proyecto a Endocrinología, Digestivo y Cirugía de la obesidad, afecta a otras muchas especialidades como son Cardiología, Neumología, Neurología, Medicina interna etc. Así mismo hemos querido resaltar la necesidad de realizar protocolos de actuación unificados que permitan estratificar a estos pacientes por riesgos tanto de eventos cardiovasculares como de riesgo de fibrosis hepática que permitan llevar a cabo las actuaciones clínicamente indicadas en cada caso y así optimizar los tratamientos existentes que puedan permitir modificar la evolución de esta enfermedad.

7. OBSERVACIONES.

La modificación del calendario ampliándola a Octubre la recogida de pacientes, no ha modificado la obtención final de los datos del estudio.

- Al no disponer de perímetro abdominal de un 26,7% de los pacientes en dichos pacientes no se ha podido obtener el índice Fli pero se ha obtenido dato de esteatosis hepática mediante la realización de ecografía abdominal.

- Para completar el proyecto, siendo uno de los objetivos la realización del fibroscan en los pacientes que clínicamente estuviese indicado, se realizó en septiembre formación on line gratuita y acreditada dentro del proyecto hepatoscan de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) por parte de responsable de hepatología Dra Mostacero. Una vez acabada la formación, en octubre, se solicitó a través de dicha sociedad científica la posibilidad de disponer de fibroscan prestado en el hospital durante dos semanas para poder realizar el fibroscan de los pacientes pero no se obtuvo autorización de la dirección del hospital para el préstamo por lo que se han derivado tal y como nos indicó la dirección al Hospital Miguel Servet donde se hace fibroscan, por lo que no hemos podido obtener ese dato en el estudio ya que actualmente al cierre del mismo hay peticiones de fibroscan pendientes de ser atendidas.

- Así mismo el proyecto presenta las siguientes limitaciones mas importantes : tiene un tamaño muestral pequeño lo que limita los resultados del estudio estadístico y las limitaciones de ser un estudio longitudinal.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/626 ===== ***

Nº de registro: 0626

Título
PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACION, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPATICA

Autores:
MOSTACERO TAPIA SONIA, BANDRES NIVELA MARIA OROSIA, SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, VIDAL PERACHO CONCEPCION, MONTOYA ARENAS JOSE JONATHAN, FERNANDO TREBOLLE JOSE, MENAL MUÑOZ PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) es la causa mas frecuente de hepatopatía crónica en nuestro medio y se prevee un incremento de su incidencia en los próximos años asociada a incremento de la obesidad, diabetes síndrome metabólico. La prevalencia del EHGNA es elevada se estima dealrededor de un 25% en población adulta que aumenta el paralelo a la prevalencia de las enfermedades metabólicas.

Debido a la alta prevalencia de EHGNA se deben plantear estrategias de cribado, siendo de utilidad para la detección

de fibrosis hepática significativa así como pacientes con alto riesgo cardiovascular que va a requerir un manejo multidisciplinar . Los marcadores serológicos de fibrosis, la ecografía y el fibroscan pueden ser usados para indentificar aquellos con bajo o alto riesgo de avanzada fibrosis. La EHGNA se asocia de manera independiente a un aumento del riesgo cardiovascular y la enfermedad cardiovascular es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0626

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACIÓN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPÁTICA

la principal causa de muerte en los pacientes con EHGNA además de las morbimortalidad por causa hepática derivada de los estadios avanzados de fibrosis y cirrosis de la enfermedad avanzada. Es una enfermedad multifactorial, prevalente, silente con un alto impacto en la salud y en el coste sanitario, lo que hace necesario plantear protocolos y estrategias de cribado, manejo y coordinación entre los profesionales que atendemos estos pacientes. Este proyecto supone una oportunidad de mejora ya que va a aumentar el conocimiento de esta enfermedad actualmente silente e infradiagnosticada pero con gran repercusión en la salud de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Valorar el riesgo cardiovascular en los pacientes de intermedio y alto riesgo de acuerdo con los algoritmos y scores europeos (ASCVD Risk Estimator plus/regicore)
* Valoración del riesgo de fibrosis avanzada o cirrosis para identificar a los pacientes con mayor morbimortalidad para su consiguiente manejo específico.
* Realizar un protocolo de actuación mediante pruebas analíticas, de imagen no invasivas
* Realizar protocolo de derivación a Atención Primaria

MÉTODO

Reunión inicial del grupo multidisciplinar definiendo las actividades a realizar y recursos necesarios.

- Identificación criterios diagnósticos y de derivación. Realización de protocolo
- Evaluación clínica, analítica, antropométrica, calculadoras de cribado y de riesgo cardiovascular, morfológica
- Establecer un calendario de realización de la ecografía y hepatoscan.
- Se adecuarán si es necesario las agendas de los profesionales implicados.

INDICADORES

Análisis del perfil epidemiológico de la EHNA en las poblaciones de riesgo de nuestro medio:

- Prevalencia de esterosis hepática y esteatohepatitis con sus diferentes grados de fibrosis en pacientes con hipertransaminasemia, Dm tipo 2 y Obesidad Mórbida.
- % de pacientes con alto riesgo cardiovascular en poblaciones de alto riesgo de EHNA
- % de pacientes con fibrosis significativa en poblaciones de alto riesgo de EHNA
- Análisis del grado de cumplimiento del protocolo una vez implementado en las diferentes especialidades implicadas y en atención primaria

DURACIÓN

Abril-junio 2019. Elaboración del protocolo.

- Julio 2019-Diciembre 2019 puesta en marcha del protocolo, con evaluación basal de los pacientes, Durante este tiempo se estratificaran riesgo, se realizara ecografía / fibroscan a los pacientes que así lo requieran
- Primer trimestre 2020 recogida de resultados de la implantación del proyecto y datos epidemiológicos de la enfermedad, finalización del proyecto y realización de la memoria.

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 - 2019/0273

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA VILLA GAZULLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MALO FINESTRA LAURA
SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE
SARASA CLAVER PILAR
GARCIA EGEA JORGE
SIESO GRACIA MARIA RUTH
DIAZ CORNELL MARCOS
MATIA SANZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

4 reuniones del Equipo de Trabajo. 14/01/19, 19/02/19, 23/07/19 y 13/12/19.

Se han revisado las patologías susceptibles de poder ser derivadas a la hospitalización domiciliaria desde los Servicios de Medicina Interna, Traumatología, Digestivo, Cirugía General, Neurología, Urología y Servicio de Urgencias.

Se ha revisado el Protocolo de la Sociedad Española de Hospitalización domiciliaria y se está trabajando en la adaptación de los criterios de derivación de los diferentes Servicios en el Hospital Royo Villanova.

Para cumplir con el objetivo de potenciar la concienciación y crear cultura en el Hospital se ha realizado un plan de sesiones informativas en los siguientes Servicios:

- o Sesión con el Servicio de Digestivo para revisar las indicaciones de Hospitalización domiciliaria que proponía el Servicio y adecuarlas a los criterios de la Sociedad Española.
- o Sesión con el Servicio de Endocrinología. Se está trabajando en el Protocolo de derivación Hospitalización domiciliaria en Nutrición parenteral aguda. Pendiente de trabajar con el Servicio de Farmacia para la dispensación de preparados nutricionales. Reunión prevista con Digestivo-Endocrino-Farmacia en enero 2020.
- o Sesión con el Servicio de Traumatología. Adecuación de criterios y aclaración de dudas en la propuesta de lumbociática con bomba de analgesia.
- o Sesión con el Servicio de Cirugía
- o Sesión con el Servicio de Neumología.
- o Sesión con el Servicio de Urgencias. Con la formación de los facultativos nuevos en los criterios de derivación a la Hospitalización domiciliaria.
- o Sesión para los MIR.
- o Se está trabajando en la posibilidad de derivación directa desde Atención Primaria para tratamiento de infecciones con antibioticoterapia IV y pacientes reincidentes.

Se han diseñado Posters para cada Servicio con las indicaciones de derivación por especialidad. Pendiente de logos corporativos.

Se ha revisado el circuito interno y de asignación de pacientes y fijado los criterios de selección: análisis detallado de cada paciente; diagnóstico correcto antes del alta hospitalaria y envío a la Unidad; análisis exhaustivo de la situación familiar y el entorno familiar; que se prevea el alta en un tiempo razonable; estancia Media de 10-12 días (excepto en los tratamientos antibióticos de larga duración); análisis del Sector geográfico (isocrona de 30'); búsqueda activa de pacientes; se ha hablado con la Empresa Linde, suministradora del O₂ para el suministro en horario de tarde; se realizan sesiones mensuales con Enfermería; se ha instalado un buzón depositar las Hojas de interconsulta, que son revisadas directamente por el personal de la Unidad; se dispone de ordenadores portátiles con conexión a Internet para registrar la actividad clínica en la HCE, trabando ya en el registro del Curso clínico.

Se está trabajando en la idea de ampliar los criterios de admisión y de la posibilidad de crear una Unidad de paliativos en Hospitalización Domiciliaria para asumir pacientes en situación terminal con sedación paliativa con posibilidad de atención las 24 horas. Para ello habrá que recalificar las camas, pues estos pacientes tendrán una EM más elevada. Estos GRD se separaran del resto para el análisis de la actividad.

Se actualizaran todos los documentos y se valora la posibilidad de solicitar la acreditación ISO de la Unidad.

Se ha realizado una encuesta de satisfacción cuyos resultados están pendientes de evaluación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Revisión del Protocolo de la Sociedad Española de Hospitalización domiciliaria y adaptación de los criterios de derivación en nuestro Hospital Royo Villanova.

Plan de sesiones de difusión de los criterios.

Diseño de posters con criterios de derivación por Servicio.

Revisión del circuito de funcionamiento interno.

Inicio de trabajo en el Curso clínico de la HCE.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0273

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Inicio del trabajo de documentación de toda la organización del Servicio para acreditación de la Unidad en la Norma ISO 9001.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

INDICADORES

% utilización de camas de Hospitalización domiciliaria: Objetivo 90-100%
95,16%*/66,29%**

*Sobre camas abiertas.

**Sobre total de camas teóricas. No valorable por nueva forma de definición del tipo de cama.

Estancia media: 10-12 días: HP HIS 2019 9,71

Cálculo de la variación en % 2019/2018: +19.71 (En todo caso inferior a 10 días)
Por Unidad de enfermería:

Año 2018: 8.16

Enero-noviembre 2019: 9.76

Tasa de reingresos: Prácticamente nula.

% de satisfacción encuestas. >90 %: Realizada. Pendiente de valoración.

7. OBSERVACIONES.

El objetivo del trabajo era propiciar un uso más óptimo de los recursos de la Unidad de Hospitalización del Sector Zaragoza I, habiéndose conseguido un gran avance en la concienciación de los profesionales para potenciar la derivación de pacientes que cumplen los criterios fijados y que son susceptibles de poder disfrutar de esta modalidad de hospitalización con una calidad asistencial óptima.

El Equipo de trabajo se ha implicado en la revisión de los criterios de derivación por Servicio y se ha realizado una importante labor de difusión y de concienciación. También se ha mejorado en el funcionamiento interno de la Unidad y su relación con el resto de Servicios.

Si bien, quedan pendientes cuestiones importantes como seguir con la protocolización, el plan de difusión y el diseño definitivo de los posters. También trabajar la posibilidad de derivación directa desde Atención Primaria y la admisión de pacientes paliativos en situación terminal. Por último, trabajar en la preparación y actualización de toda la documentación para la acreditación ISO de la Unidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/273 ===== ***

Nº de registro: 0273

Título

OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:

VILLA GAZULLA MARIA TERESA, FERRANDO VELA JUAN, SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE, SARASA CLAVER MARIA PILAR, MALO FINESTRA LAURA, GARCIA EGEA JORGE, ROSELL ABOS MARIA TERESA, SIESO GRACIA RUT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Patologías susceptibles de Hospitalización domiciliaria de las especialidades implicadas

Línea Estratégica .: Adecuación

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Hospitalización a domicilio consiste en la prestación de servicios sanitarios especializados en el domicilio del paciente, de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0273

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

hospital.

Tiene como objeto situar al paciente en su entorno sociofamiliar, una vez superada la fase de mayor riesgo de su enfermedad en el hospital, antes de dar por enteramente curado su proceso, consiguiendo de este modo un modelo sanitario más económico y una atención más humana.

La Hospitalización a domicilio del Hospital Royo Villanova intenta mejorar continuamente la atención que se presta en el domicilio de los pacientes, aproximando cada vez más el hospital a casa, ofertando mayores prestaciones y permitiendo trasladar al paciente más tempranamente a casa con las ventajas que de ello se derivan.

En resumen, se persigue la mejora en la utilización de los recursos, procurando la obtención de los mejores resultados. Por tanto, este Proyecto tiene como objeto aprovechar los recursos que actualmente dispone la Hospitalización domiciliaria del Hospital Royo Villanova al mayor número de pacientes que lo necesiten y lo deseen.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la utilización de los recursos con los que actualmente cuenta la Hospitalización domiciliaria del Hospital Royo Villanova, para los pacientes susceptibles de ser atendidos en esta modalidad asistencial, por parte de todos los servicios médicos o quirúrgicos implicados en la atención de estos pacientes y desde cualquier área asistencial.

Revisar las patologías susceptibles de ingreso en hospitalización domiciliaria.

Revisar los protocolos y circuitos de derivación y de envío de pacientes.

Aumentar la utilización de las camas disponibles.

Ajustar la estancia media.

En definitiva, el propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

MÉTODO

Grupo de trabajo multidisciplinar que, en reuniones periódicas, analizará las causas de la escasa utilización de este recurso sanitario, revisará los protocolos y circuitos de derivación y las patologías susceptibles de ser atendidas en hospitalización domiciliaria.

Con el Servicio de Medicina Interna como eje del proyecto se mantendrán reuniones con los Servicios cuyas patologías sean susceptibles de ingreso en esta modalidad asistencial para concienciar de sus beneficios y potenciar así su utilización.

Se analizarán los datos disponibles y se trabajará para ajustar la estancia media a los estándares óptimos.

INDICADORES

% utilización de camas de Hospitalización domiciliaria. 100%

Estancia media. <10-12 días

% de satisfacción encuestas. >90 %

Revisión de criterios y patologías susceptibles de ingreso. Protocolo de patologías susceptibles de HD por servicio implicado. 100%I

Consumo farmacéutico

Infección nosocomial

DURACIÓN

Febrero 2019: Creación del grupo de trabajo. Análisis de situación, fijación de objetivos y adecuación del cronograma de actuación.

Marzo: Análisis de las causas de la escasa utilización, revisión de patologías y circuitos.

Marzo-Mayo 2019:

- Diseño del plan de difusión para optimización de la demanda.
- Seguimiento de indicadores.

Septiembre 2019: Corte evaluación de los indicadores.

Diciembre 2019-Enero 2020: Evaluación y cierre.

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 - 2019/0322

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LAS PERSONAS TRANSEXUALES EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE PAMPLONA CIVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CABREJAS GOMEZ CARMEN
GRACIA GIMENO PAOLA
MARTIN AZNAR NOEMI
LOPEZ ALCUTEN EVA
ORGA SANZ ASUNCION
FUERTES AGUSTIN PILAR
GRACIA LABORDA ANGELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Han sido valorados 19 pacientes siguiendo el protocolo y cronología marcados: primera visita (anamnesis, exploración, información del proceso, ofrecer valoración psicológica y preservación de células germinales y solicitud de analítica y pruebas de imagen), 2ª visita (resultados y valorar tratamiento) y visitas posteriores tras iniciar tratamiento (a los 3 y 6 meses).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- A todos los pacientes (100%), se les ofreció la preservación de células germinales, 2 de ellos (10%) fueron remitidos a la unidad de reproducción asistida del HUMS, a petición propia, pero ninguno (0%) utilizó dicho recurso.
- Todos los pacientes (100%) que han iniciado tratamiento han presentado, tras 6 meses, algún efecto deseado del tratamiento hormonal, de los que se mencionan en el consentimiento informado (lo más frecuente la aparición de vello, cese de la menstruación y el aumento de tamaño del clítoris, en el cambio de mujer a hombre y el crecimiento del botón mamario, en el cambio de hombre a mujer).
- 5 pacientes (25%) han presentado efectos secundarios no deseados del tratamiento hormonal (cefalea con los estrógenos en el cambio de hombre a mujer y acné con la testosterona en el cambio de mujer a hombre) pero dichos efectos aparecen descritos en el consentimiento informado y se les había informado verbalmente de la posibilidad de padecerlos en el momento de iniciar el tratamiento. Tan solo uno de ellos (5%) presentó mareos con el tratamiento con análogos de GnRH como bloqueador de la pubertad (en adolescentes), que no aparecía descrito en el consentimiento informado ni se le había mencionado en la consulta, por no ser de los más frecuentes.
- A 18 pacientes (94%) se les ofreció la posibilidad de remitirlos a Salud mental, y 15 de ellos (83%) aceptaron.
- El 70% de los pacientes que iniciaron tratamiento trajeron firmado el consentimiento informado en el momento de iniciar dicho tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión, tras un año de atender a este colectivo de pacientes en la consulta de Endocrinología, es que al explicar la cronología del proceso en la primera visita los pacientes se implican más, están más informados y se adaptan bien al tratamiento, se mejora la relación médico paciente y la relación con otros profesionales que participan en la atención de estos pacientes.
La propuesta en mantener este proyecto puesto que el objetivo final es mejorar la atención al paciente y el balance tras un año es que se ha cumplido.

7. OBSERVACIONES.

Con relativa frecuencia, existe dificultad para derivar a estos pacientes a determinados profesionales para valorar otros aspectos del tratamiento (ORL para modulación de la voz, cirugía genital...) porque no está bien definido el destino o el modo de remitirlos. En este aspecto existe posibilidad de mejora por parte de la administración.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/322 ===== ***

Nº de registro: 0322

Título
ATENCIÓN A LAS PERSONAS TRANSEXUALES EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

Autores:
PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE, CABREJAS GOMEZ CARMEN, GRACIA GIMENO PAOLA, MARTIN AZNAR NOEMI, LOPEZ ALCUTEN EVA, ORGA SANZ ASUNCION, FUERTES AGUSTIN PILAR, GARCIA LABORDA ANGELA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0322

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LAS PERSONAS TRANSEXUALES EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TRANSEXUALIDAD
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La transexualidad es una situación de discordancia entre la identidad de género y el sexo biológico que provoca un malestar con el sexo anatómico e identificación con el sexo opuesto, esto conlleva a unos cambios adaptativos físicos y sociales en la vida cotidiana que constituye la experiencia de vida real. En el ámbito sanitario el Endocrinólogo es el profesional que coordina el manejo y tratamiento de estas personas, atendiendo a las distintas necesidades que presentan. En nuestra comunidad, desde hace unos años se ha descentralizado la atención de dichas personas, pudiendo en la actualidad ser atendidos por el especialista correspondiente al área sanitaria a la que pertenecen, según su domicilio de empadronamiento. Es importante asegurar una atención especializada de calidad a este colectivo, por este motivo se plantea este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general de este proyecto es mejorar la atención, desde la primera consulta, a las personas transexuales. Como objetivos específicos se pretende:

- Ofrecer atención en salud mental.
- Ofrecer la preservación de células germinales previo al tratamiento hormonal cruzado.
- Explicar los efectos esperados y secundarios del tratamiento hormonal cruzado.
- Explicar y ofrecer la derivación a cirugía de reasignación de sexo.
- Plantear tratamientos adicionales como: tratamiento de la voz, del vello facial y corporal.

MÉTODO

- Primera visita: anamnesis e historia clínica, exploración genital, y de los caracteres sexuales secundarios, proporcionar información sobre el cambio de nombre en la base de datos del Salud, la preservación de células germinales, ofrecer valoración por salud mental si la persona lo desea o el médico lo considera oportuno, explicar efectos del tratamiento hormonal y tipos de cirugía. Solicitud de analítica general y hormonal, y ECO genital en el caso transexual hombre adulto. Se lee el consentimiento informado con la resolución de dudas que se planteen.
- 2ª visita: Ver resultados de analítica y ECO. Si no hay contraindicación se firma el consentimiento informado y se inicia el tratamiento hormonal.
- 3ª visita: A los 3 meses del inicio del tratamiento, valoración clínica y analítica de la respuesta al tratamiento.
- 4ª visita: A los 6 meses del inicio del tratamiento, valoración clínica y analítica de la respuesta al tratamiento. Remitir a cirugía plástica para mastectomía en caso de transexual hombre adulto, si lo desea.
- 5ª visita: Al año del inicio del tratamiento, valoración clínica y analítica de la respuesta al tratamiento, y remitir a cirugía de reasignación de sexo, si lo desea.

INDICADORES

- % pacientes a los que se ofrece la posibilidad de preservación de células germinales en la 1ª visita (>70%) y qué % hace uso de ello.
- % pacientes que presenta alguno de los efectos esperados (que figuran en el documento de consentimiento informado) del tratamiento hormonal cruzado a los 6 meses de iniciarlo (>50%).
- % pacientes que presentan algún efecto adverso del tratamiento hormonal que no se hubiera explicado previamente (<30%).
- % pacientes a los que se ofrece ser valorados por Salud Mental antes o durante el proceso de cambio (>70%) y qué % hacen uso de ello.
- % pacientes que traen el consentimiento informado firmado que se les entregó en la primera visita (>60%), lo que indica el grado de implicación del paciente.

DURACIÓN

Durante todo el año de 2019 se irán registrando las primeras visitas cuyo motivo de consulta sea deseo de cambio de sexo. Al final del año se revisarán las historias en la historia electrónica y se valorará el valor de los indicadores descritos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0322

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LAS PERSONAS TRANSEXUALES EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA

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 - 2019/0474

1. TÍTULO

EVALUAR LOS FACTORES PREDICTIVOS DE ALTERACIÓN DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL PREVIA

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA OROSIA BANDRES NIVELA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ROYO VILLANOVA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARRERA NOGUERO ANA MARIA
ALBERO MARCEN INES
GARCIA LABORDA ANGELA
FUERTES AGUSTIN PILAR
LOPEZ ALCUTEN EVA
ORGA SANZ ASUNCION
MARTIN AZNAR NOEMI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el CME Grande Covian existe una consulta monográfica de diabetes y embarazo. Se atienden todas las gestantes que son remitidas desde toxicología por presentar una diabetes previa a la gestación o para planificación de gestación y pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional. En este proyecto se evaluaron pacientes que habían sido diagnosticadas de diabetes gestacional (DG) en el periodo desde el 2017-primer trimestre del 2019. Para el diagnóstico de DG se utilizaron los criterios de la National Diabetes Data Group. Tras el diagnóstico de la DG se indican medidas dietéticas (50% de hidratos de carbono, 20% proteínas y 30% grasas) con un aporte calórico de 35kcal/kg en pacientes con bajo peso, 30kcal/kg en pacientes con normopeso, 25kcal/kg en pacientes con sobrepeso y obesidad. Además, se dieron recomendaciones de actividad física moderada y regular (caminar 30-60'), si no hay contraindicación. Se les prescriben controles de glucemia capilar y cetonuria. Se cita en la consulta para nueva revisión en el plazo de 1-2 semanas. La terapia con insulina se inició si no cumplían objetivos de glucemia óptimos en 2-3 controles (glucemia capilar en ayunas mayor o igual a 95 mg/dl o 1 h posprandial mayor o igual a 140 mg/dl). A las 8-12 semanas tras el parto se realizó una SOG con 75g y una determinación HbA1c con el fin de reevaluar el estado de glucémico posparto. Se utilizaron los criterios de la Asociación Americana de Diabetes-2020 para la clasificación de la situación de disglucosis según resultado. Se consideró normal una glucemia basal < 100 mg/dl y a las 2 h < 140 mg/dl, glucemia basal alterada (GAA) si la glucemia basal se encontraba entre 100 y 125 mg/dl, tolerancia anormal a la glucosa (TAG) si la glucemia cemia a las 2 h estaba entre 140-199 mg/dl y DM si la basal mayor o igual a 126mg/dl y/o a las 2h mayor o igual a 200mg/dl. Como factores predictivos de los resultados de la curva se analizaron variables clínicas (edad, peso/IMC previo a la gestación, ganancia de peso durante la gestación, antecedentes DM familiares; antecedentes de diabetes gestacional previa, tensión arterial, semana de diagnóstico de la DG, necesidad de insulinización) y analíticas (glucemia plasmática en test diagnóstico según los criterios de la NDDG con 100 gr de glucosa (basal, 1, 2 y 3 horas); número de puntos patológicos de entre las 4 determinaciones (2,3 o 4 puntos patológicos en la SOG); anticuerpos anti GAD. Respuesta glucémica al test de reevaluación a los 2-3 meses tras el parto mediante la SOG 75 gramos, HbA1c al diagnóstico de la DG y 3 meses tras el parto; el perfil lipídico (colesterol total, LDLc, triglicéridos; HDLc) al diagnóstico de DG y 3 meses tras el parto. La media de las glucemias basales, preprandiales y 1 h posprandial del registro de controles de glucemia capilar. Se recogerán datos fetales como parámetros de perímetro abdominal y cefálico en la ecografía de la 35 semana. Datos de recién nacido como la semana de parto, el peso al nacer y el tipo de parto). El valor predictivo independiente de las variables se determinó mediante regresión logística multivariante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se evaluaron los datos de la historia clínica de 234 mujeres en el periodo del 2017 al primer trimestre del 2019 con edad media 34,8 (DE 4) años e IMC 28,1 (DE 4,6) Kg/m². Se recogieron los datos de 210 mujeres, que fueron las que asistieron a la realización del control posparto (89,7%). El incremento de peso durante la gestación fue de 7,7 (DE 4,9) Kg. Se insulinizó durante la gestación al 54,2% de las mujeres. La SOG postparto fue normal en 129 (60,3%), prediabetes en 81 (37,9%), siendo un 16,82% glucemia en ayunas alterada (GAA); 15,42% tolerancia anormal a la glucosa (TAG), un 5,61%, presentaron GAA+TAG y diabetes en 4 (1,9%). La media de HbA1c fue de 5,3% (DE 0,3), con límite inferior de 4,1 % y superior de 6%. Teniendo en cuenta la HbA1c fue normal en el 82,7%, prediabetes en el 17,3%, no hubo ningún caso de diabetes, si tenemos en cuenta solo la HbA1c. Las pacientes con SOG anormal tenían durante la gestación mayor glucemia basal (93,7 vs 89,6 mg/dl; p=0,006), mayor presión arterial sistólica (113 vs 109 mmHg; p=0,02), mayor IMC (28,6 Kg/m² vs 27,7 Kg/m² ; p=0,027), mayor incremento de peso (9,2 vs 6,7 Kg; p=0,032) y mayor porcentaje de insulinización (67,1 vs 45,7%; p=0,002). El mejor modelo predictivo (R²=0,142) de SOG patológica postparto estuvo compuesto por la necesidad de insulinización durante la gestación (OR=2,49; IC 95% 0,9-7) y el aumento de peso (OR=1,12; IC 95% 1-1,27) en la gestación. En todas las pacientes que acudieron a la consulta tras el parto se les realizó recomendaciones de estilo de vida (dieta y ejercicio), recomendaciones de conseguir peso adecuado (IMC menor de 25). En los casos que en la SOG se detectaba una diabetes se prescribió Metformina y seguimiento en Atención primaria con periodicidad cada 6 meses. En los casos que se detectó una prediabetes se recomendaba revisión anual por su médico de Atención Primaria. En los casos que la SOG fue normal se recomendaba revisión cada 1-3 años en función de si coexistían otros factores de riesgo (obesidad, antecedentes familiares de diabetes..) En todos los casos se realizaba un informe para el médico de atención primaria o anotación en la HCE con las recomendaciones de tratamiento y de seguimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0474

1. TÍTULO

EVALUAR LOS FACTORES PREDICTIVOS DE ALTERACIÓN DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL PREVIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Según los datos reportados en diferentes estudios, el riesgo de DM en pacientes con antecedentes de DG está claramente elevado, de modo que más del 50% de las pacientes desarrollarán DM a lo largo de los años. La incidencia reportada en los estudios es muy variable desde el 3% en la evaluación temprana posparto (3-6 meses) al 50-70% a los 15-25 años del parto. Los estudios sobre DG en los que se analizan datos basados en la reevaluación posparto asumen como habitual una pérdida del seguimiento de más del 50%. En nuestro medio se consiguió una consecución del seguimiento de más del 80%. Comprobamos que la HbA1c no es un buen parámetro para este control posparto, ya que no llegó a detectar ese 1,9% de diagnóstico de DM que se detectó con la SOG 75 gr. Destacar la elevada prevalencia que fue de un 40% de SOG patológica en el posparto. Es de gran importancia la identificación precoz de las pacientes con mayor probabilidad de alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, que según los resultados analizados serían aquellas que tienen un mayor IMC; mas aumento de peso durante el embarazo, mayor nivel de glucemia basal y la necesidad de insulinización. Consideramos el proyecto de gran importancia ya que nos permite identificar con datos más objetivos aquellas con mayor probabilidad de disglucosis tras el parto. La buena adherencia a la realización de este control posparto nos permitirá dar las recomendaciones y seguimiento adecuado de estas pacientes para en la medida de lo posible disminuir la DM futura.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/474 ===== ***

Nº de registro: 0474

Título
EVALUAR LOS FACTORES PREDICTIVOS DE ALTERACION DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL PREVIA

Autores:
BANDRES NIVELA MARIA OROSIA, CARRERA NOGUERO ANA MARIA, ALBERO MARCEN INES, GARCIA LABORDA ANGELA, FUERTES AGUSTIN PILAR, LOPEZ ALCUTEN EVA, ORGA SANZ ASUNCION, MARTIN AZNAR NOEMI

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diabetes gestacional (DG) se define como una situación de intolerancia hidrocarbonada de intensidad variable diagnosticada por primera vez durante la gestación independientemente del tratamiento empleado para su control y de su evolución posparto.
La prevalencia en nuestro país se sitúa entre el 4,5 y el 11,6% del total de las gestaciones dependiendo de los estudios y los criterios bajo los cuales se diagnostique dicha enfermedad .
La DG está relacionada con padecer síndrome metabólico, hipertensión arterial, dislipemia y obesidad en el futuro y más de la mitad de las pacientes desarrollan diabetes mellitus (DM) tipo 2 en los estudios de seguimiento. Por eso las guías de práctica clínica actuales recomiendan hacer una evaluación tras el parto en un intervalo aproximado de 4-12 semanas con una sobrecarga oral del glucosa (SOG) con 75 gramos. Sin embargo, no es desdeñable el porcentaje de pacientes que pierden el seguimiento en esta fase y finalmente no se realiza esta prueba. Lo estudios sobre DG, asumen como habitual una pérdida de seguimiento de más del 50%.
La incidencia de DM reportada en los estudios es muy variable, desde un 3% en la evaluación temprana posparto (3-6 meses) al 50-70% a los 15-25 años tras el parto.
Existe evidencia en cuanto a la reducción de la incidencia de DM al incorporar hábitos de vida saludable.
Es de gran importancia la indentificación precoz de las pacientes con mayor probabilidad de DM posparto. De este modo podríamos insistir, con datos objetivos, en la reevaluación del estado de disglucosis tras el parto y seríamos capaces de priorizar, en los casos en que fuera necesario, la realización de la prueba de forma temprana. La comunicación de factores involucrados en el desarrollo de la DM puede aumentar el número de pacientes que se adhieren a los programas de prevención.
Sin embargo, la falta de datos para la estimación del riesgo individual contribuye a que los profesionales de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0474

1. TÍTULO

EVALUAR LOS FACTORES PREDICTIVOS DE ALTERACIÓN DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL PREVIA

la salud involucrados en la asistencia de mujeres con DG no optimicen el asesoramiento dado a este respecto.

RESULTADOS ESPERADOS

- Evaluar las pacientes con DG que se ha realizado reevaluación en el posparto.
- Valorar los factores predictivos de alteración del metabolismo hidrocarbonado en pacientes con diabetes gestacional previa
- Identificar de forma precoz las pacientes con mayor probabilidad de presentar diabetes o prediabetes posparto.
- Establecer las estrategias para implementar esta reevaluación
- Estrategias de incorporación de hábitos de vida saludable o tratamiento farmacológico si está indicada, así como las recomendaciones de seguimiento.

MÉTODO

- En todas las pacientes con diabetes gestacional se les dá en la última consulta previa al parto un volante de analítica de control posparto, con SOG con 75 gr, para la realización a las 8-12 semanas posparto y ya la citación en la consulta para la revisión. La idea es favorecer la consecución del seguimiento.
- Se analizarán los datos clínicos de la paciente: edad, peso/IMC previo a la gestación, ganancia de peso durante la gestación, antecedentes DM familiares; antecedentes de diabetes gestacional previa, tensión arterial, semana de diagnóstico de la DG, necesidad de insulinización durante la gestación para conseguir buen control y datos analíticos: glucemia plasmática en test diagnóstico según los criterios de la NDDG con 100 gr de glucosa (basal, 1, 2 y 3 horas); número de puntos patológicos de entre las 4 determinaciones (2,3 o 4 puntos patológicos en la SOG); anticuerpos anti GAD. Respuesta glucémica al test de reevaluación a los 2-3 meses tras el parto mediante la SOG 75 gramos, HbA1c al diagnóstico de la DG y 3 meses tras el parto; el perfil lipídico (colesterol total, LDLc, triglicéridos; HDLc) al diagnóstico de DG y 3 meses tras el parto. La media de las glucemias basales, preprandiales y 1 h posprandial del registro de controles de glucemia capilar. Se recogerán datos fetales como parámetros de perímetro abdominal y cefálico en la ecografía de la 35 semana. Datos de recién nacido como la semana de parto, el peso al nacer y el tipo de parto.

INDICADORES

- % de pacientes con diabetes gestacional previa que son reevaluadas tras el parto (>70%).
- % de pacientes que presentan tras la SOG 75 gr posparto, una curva normal o patológica (prediabetes o diabetes).
- Factores clínicos y analíticos que predicen una curva posparto patológica.
- % de pacientes que se les dá las recomendaciones de de estilo de vida en la revisión posparto (100%).
- % de pacientes que se realiza una anotación en la historia clínica electrónica del seguimiento por parte de atención primaria que debe tener la paciente según el resultado de la SOG posparto (>90%).

DURACIÓN

- Enero-septiembre-2019 de forma retrospectiva se analizarán los datos de las pacientes que han presentado diabetes gestacional y han sido revisadas en la consulta de endocrinología.
- Octubre-diciembre-2019 análisis estadístico de los datos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS ANGEL MONCIN TORRES
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VARELA MARTINEZ ISABEL
PORTEIRO VALIEN MARIA BELEN
BENTURA ALMAZOR MARIA
PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA
ALAYA OTO MARIA AUREA
PELEGAY BUGARIN ANA ISABEL
PEREZ VERA SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Año 2018

En el año anterior se redactó un procedimiento escrito describiendo lo procesos necesarios a desarrollar y las especificaciones para cada uno de ellos

- Creación los códigos-H en el módulo Maestro de Artículos del programa FarmaTools
- Introducir los cambios de código en el armario rotatorio vertical Rotapharm
- Llevar a cabo el cambio de códigos en la estación Pyxis
- Crear etiquetas con los códigos-H
- Cambio de la ordenación de los medicamentos en el almacén de farmacia, pasando de orden alfabético por nombre comercial a orden alfabético por principio activo, y colocación de las etiquetas

Se envió información a las unidades clínicas por correo electrónico en relación con el proceso que se iba a acometer y la progresividad del mismo.

En las reuniones del Grupo de Mejora del Servicio de Farmacia se dio al personal auxiliar la formación relativa al concepto de código-H y prescripción por principio activo y se explicaron los aspectos prácticos como la ordenación de los medicamentos y los cambios a realizar en los sistemas automatizados Pyxis y Rotapharm.

Se elaboró un listado con los medicamentos del almacén de farmacia indicando el número total de los mismos y la cifra de fármacos con código-H asignado.

De acuerdo con el proyecto, se calculó el valor del indicador de la Serie 1, alcanzándose un 10% de implantación de códigos-H en el almacén general de Farmacia, frente a un objetivo del 5%

Año 2019

De acuerdo con el procedimiento redactado el año 2018, se han continuado con la conversión de códigos de artículo pasándolos de código nacional a código-H, con la consiguiente creación de códigos-H en el Maestro de Artículos, reubicación en las estanterías, etiquetado, cambios en el armario rotatorio Rotapharm y en el sistema de dispensación Pyxis, y la aparición en el programa de prescripción FarmaTools de los nombres de los medicamentos con su nombre de principio activo en lugar del nombre comercial o de fantasía

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De acuerdo con el proyecto, se ha calculado el valor del indicador de la Serie 1:

Se ha alcanzado un 20% de implantación adicional de códigos-H en el almacén general de Farmacia, frente a un objetivo del 5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1- Porcentaje de implantación: nuevamente se ha superado el objetivo marcado.
- 2- Actuaciones secundarias: el cambio de los códigos supone en muchos casos un cambio de ubicación en las estanterías del almacén de Farmacia. Dicho cambio sólo es posible mediante una ampliación de la capacidad de almacenamiento para lo cual se han planificado una serie de actuaciones como la instalación de estanterías adicionales y el traslado de ciertos productos al almacén de sueros que requieren compra de material y cambios en funciones del personal que nos han sido autorizados por los responsables de los mismos (ajenos al Servicio de Farmacia).
- 3- Se recomienda agilizar la compra e instalación de estanterías adicionales y el traslado de ciertos productos al almacén de sueros.

7. OBSERVACIONES.

Nuevamente la falta de recursos humanos y materiales hizo que no fuera posible lograr los resultados óptimos que hubieran redundado en una prescripción electrónica adaptada a los objetivos propuestos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/859 ===== ***

Nº de registro: 0859

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
MONCIN TORRES CARLOS ANGEL, VARELA MARTINEZ ISABEL, PORTERO VALIEN MARIA BELEN, BENTURA ALMAZOR MARIA, PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA, ALAYA OTO VIOLETA AUREA, PELEGAY BUGARIN ANA ISABEL, PEREZ VERA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prescripción electrónica asistida contribuye a racionalizar el uso de los fármacos y a incrementar la seguridad del paciente en relación con los tratamientos farmacológicos. La utilización de la prescripción por principio activo supone el empleo de un lenguaje común por todos los profesionales y pacientes evitando confusiones y problemas de comprensión. También promueve el uso de medicamentos genéricos aumentando la eficiencia.

En relación con la prescripción por principio activo está la utilización del denominado código-H. Se trata de un instrumento de gestión de los medicamentos cuya finalidad es facilitar la intercambiabilidad de las diferentes presentaciones de medicamentos que puedan utilizarse en un centro hospitalario. Un código-H es aquel que define una forma farmacéutica y dosis de un determinado principio activo, independientemente de la marca y del número de unidades posológicas del medicamento.

La prescripción por principio activo es una demanda tanto de los facultativos como de la dirección del centro. La utilización del código-H facilita la gestión de los medicamentos en el servicio de farmacia

RESULTADOS ESPERADOS
Implantación del código-H para que se prescriba por principio activo. Adicionalmente se logrará una gestión más eficaz de las existencias de medicamentos

MÉTODO
Para lograr los objetivos del proyecto son necesarios varios procesos:

- Creación los códigos-H en el módulo Maestro de Artículos del programa FarmaTools
- Introducir los cambio de código en el armario rotatorio vertical Rotapharm
- Lleva a cabo el cambio de códigos en la estación Pyxis
- Crear etiquetas con los códigos-H
- Cambio de la ordenación de los medicamentos en el almacén de farmacia, pasando de orden alfabético por nombre comercial a orden alfabético por principio activo, y colocación de las etiquetas

Se hará una primera reunión en la que se redacte un procedimiento escrito con los pasos citados, incluyendo los detalles técnicos que afecten a cada uno de ellos, de manera que las personas que realicen las distintas etapas del proceso dispongan de un documento con instrucciones precisas

Formación: se formará al personal de Farmacia con instrucciones sobre el concepto de código-H y el de prescripción por principio activo y qué acciones corresponderán a los diferentes componentes del servicio de farmacia

Seguimiento: se recopilará la información sobre los cambios producidos, confeccionando listados actualizados de los medicamentos existentes en el almacén de farmacia con sus denominaciones actualizadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Plan de comunicación: mensualmente se hará llegar al personal de Farmacia y al personal médico y de enfermería del hospital y de los centros a los que se dispensan medicamentos (CAMP, residencia de Movera, ESAD, CME Grande Covián) los listados actualizados de medicamentos con las denominaciones comerciales y las correspondientes denominaciones por principio activo

INDICADORES

Proponemos 2 series de indicadores, en dependencia de los recursos humanos disponibles:

Serie 1: con los recursos actuales (3 farmacéuticos y 6 auxiliares TCAE/TFP)

Indicador 1: % de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado

Indicador 1 = $(A/B) \times 100$

A = número de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado

B = número de medicamentos de almacén general de farmacia con denominación comercial al inicio del proyecto

Objetivo: 5% (anual)

Serie 2: con incremento de recursos (4 farmacéuticos y 7 auxiliares TCAE/TFP)

Indicador 2: % de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado

Indicador 2 = $(A/B) \times 100$

A = número de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado

B = número de medicamentos de almacén general de farmacia con denominación comercial al inicio del proyecto

Objetivo: 50% anual

DURACIÓN

La duración del proyecto depende de los recursos humanos y materiales disponibles. En el primer caso, con los recursos actuales el proyecto duraría varios años, siendo difícil concretar con exactitud ya que es difícil hacer una estimación. Con los recursos humanos incrementados se podría hacer en un máximo de 2 años

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0413

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS PACIENTES AMBULANTES DEL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL VARELA MARTINEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONCIN TORRES CARLOS ANGEL
SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE
PEÑA GONZALEZ ELENA
NERIN DE LA PUERTA JUAN MANUEL
ALAYA OTO VIOLETA AUREA
PEREZ VERA SUSANA
MURILLO ANDRES MARIA ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se realizó una revisión de los protocolos médicos consensuado con el Servicio de Digestivo.
2. En base a esta revisión se adecuaron los protocolos que estaban previamente introducidos en el módulo de dispensación ambulatoria (DPA) de la aplicación FarmaTools.
3. Se introdujeron protocolos nuevos que no estaban incluidos con anterioridad y se consideraron necesarios.
4. Se actualizaron las hojas de preparación de los fármacos, ajustando la forma de preparación teniendo en cuenta los volúmenes vehículos de reconstitución y dilución adecuados a los diferentes fármacos.
5. Se ajustaron las velocidades y tiempos de infusión y las características propias para la administración de cada fármaco que quedan debidamente reflejados en la hoja de administración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la actualidad queda pendiente el último punto del proyecto de mejora que sería la implantación final de la prescripción electrónica (en el área médica y de enfermería) y su uso habitual en la práctica clínica. No ha sido posible implantarlo dentro del calendario previsto debido a problemas logísticos en el hospital de día donde se prevé que a lo largo de este año se pueda iniciar y se realizará una memoria de seguimiento del mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1- Se mantiene el mismo indicador una vez implantada la prescripción electrónica en los pacientes ambulantes del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova.
- 2- Se recomienda agilizar la implantación electrónica en otros servicios implicados cuyos tratamientos se administran en Hospital de Día. De esta manera se unificarán las actividades del personal de enfermería de dicha unidad. Así todos los tratamientos de los pacientes que allí se administran quedaran recogidos de forma electrónica en la DPA. Esto permitirá la impresión de la hoja de administración y el registro de la administración en el programa informático en todos los pacientes (independientemente del Servicio del que provengan)
- 3- La prescripción electrónica médica y de administración por parte de enfermería otorga al proceso de prescripción de los pacientes ambulantes la seguridad y trazabilidad necesaria. En la actualidad el modelo de prescripción manual ha quedado obsoleto por lo que el cambio es necesario.

7. OBSERVACIONES.

La falta de recursos humanos y materiales hizo que no fuera posible lograr los resultados óptimos que hubieran redundado en una prescripción electrónica adaptada a los objetivos propuestos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/413 ===== ***

Nº de registro: 0413

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS PACIENTES AMBULANTES DEL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
VARELA MARTINEZ ISABEL, MONCIN TORRES CARLOS ANGEL, SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE, PEÑA GONZALEZ ELENA, NERIN DE LA PUERTA JUAN MANUEL, ALAYA OTO VIOLETA AUREA, PEREZ VELA SUSANA, MURILLO ANDRES MARIA ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0413

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS PACIENTES AMBULANTES DEL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prescripción electrónica es una herramienta segura y eficaz que evita errores de prescripción, transcripción, preparación y administración de medicamentos. Al estar los protocolos definidos y consensuados a priori, al introducir las medidas antropométricas del paciente se calculan de manera automática las dosis y se programan en la agenda los ciclos sucesivos pudiendo incluir diferentes alertas que añaden seguridad a todo el proceso. También permite la impresión de la hoja de preparación (que recoge las características básicas de la preparación de cada mezcla), las etiquetas pertinentes que acompañan a cada preparación y la hoja de administración (donde se indica tiempo de perfusión y características especiales de administración).

En la actualidad este proceso está informatizado solo a nivel del Servicio de Farmacia. Tanto la prescripción médica como de administración de enfermería se realizan de forma manual en papel.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumento de la seguridad del paciente.
- Disminución de la probabilidad de error.
- Aumento en la seguridad del proceso de transcripción médica, validación farmacéutica, preparación del fármaco y administración por parte de enfermería.
- Mejora de la trazabilidad del proceso.

Población diana: Pacientes ambulantes del Servicio de Aparato Digestivo. Servicios implicados: Servicio de Farmacia, Servicio de Aparato Digestivo y personal de enfermería del Hospital de Día.

MÉTODO

1. Revisión de los protocolos introducidos en el programa informático y adecuación de los mismos consensuado con el Servicio de Aparato Digestivo.
2. Formación de los médicos prescriptores.
3. Formación del equipo de enfermería.
4. Inicio de la prescripción electrónica y supresión de la prescripción en papel.

INDICADORES

Indicador: Numero de prescripciones electrónicas versus no electrónicas del total de prescripciones. El valor que se espera alcanzar es el 100%.

DURACIÓN

Junio 2018 - Revisión de los protocolos.
Septiembre - Octubre 2018 - Formación a médicos prescriptores y enfermería. Noviembre 2018 - Implantación de la prescripción electrónica.

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 - 2019/0776

1. TÍTULO

REALIZACIÓN E IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS A PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ PASAMAR MILLAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LABUENA VELA NOELIA
MENDOZA BOLLO ANA ISABEL
MARCO GARCIA MIRIAM
GOMEZ MENDOZA ALEJANDRO
ALEGRE BUENO GEMMA
GARCIA CLOS MARIA EUGENIA
DE MARTINO MESA YASMINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la solicitud de inclusión de este proyecto inicialmente nos planteamos la realización de un protocolo para la administración de citostáticos a pacientes ingresados en nuestro servicio.

En un principio decidimos ocuparnos tanto de la seguridad clínica del paciente como de la del personal sanitario encargado de administrar el tratamiento y en contacto con las excretas o residuos generados por los mismos.

Sin embargo, durante el desarrollo del proyecto creímos conveniente centrarnos en el primero de los dos apartados y posponer el tema de la seguridad del profesional para un futuro proyecto.

Es por ello que se llegó al consenso de modificar los objetivos que fijamos inicialmente y cambiar los indicadores utilizados.

Pensamos en la necesidad de averiguar qué deficiencias apreciábamos en los cuidados administrados al paciente antes de establecer un procedimiento, qué acciones se estaban omitiendo o qué errores se estaban cometiendo para poder corregirlos y mejorar la calidad de atención al mismo.

Así se comenzó a trabajar sin una pauta establecida y basándonos simplemente en las órdenes médicas y en el intercambio de información entre enfermeros en los diferentes turnos.

Tras varios meses de administración de tratamientos, se realizó una búsqueda aleatoria en las historias de pacientes ingresados a los que se había administrado citostáticos para comprobar si se habían efectuado cuidados estandarizados y todo ello había quedado reflejado en la historia del paciente, o por el contrario, la información registrada era incompleta y como consecuencia pudiera aparecer algún efecto secundario indeseable.

Tras el análisis de los resultados se realizó un nuevo documento (check list) para incorporar en las historias de pacientes ingresados con tratamiento quimioterápico y así poder seguir un procedimiento estandarizado en su atención. Dicho documento fue presentado al Jefe de Servicio de Hematología (Dr. López), así como a la comisión de documentación clínica del hospital siendo aprobado por ambos para su utilización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la auditoría de 12 historias de pacientes hematólogicos ingresados en el servicio desde 2018 hasta diciembre de 2019 para administración de tratamientos quimioterápicos, y en caso de tener varios ingresos, ser elegido uno de ellos de forma aleatoria, se midieron los indicadores citados a continuación obteniendo los siguientes resultados:

Número de pacientes que recibieron tratamiento antineoplásico: 12

% de pacientes que tenían reflejado en la historia los siguientes indicadores:

Realización de protocolo de valoración al ingreso: 50 %

Prescripción del tratamiento y solicitud a farmacia para comenzar su administración antes de las 11 horas AM.: 25 %

Toma de constantes previa a la administración del tratamiento: 100%

Canalización de la vía utilizar: 16,6 % no precisó por ser tratamiento subcutáneo, 33,3 % sí quedó reflejado, 50 % no quedó reflejado.

Aparición de complicaciones (flebitis, efectos secundarios...): 75 %

Confirmación del tratamiento a farmacia a primera hora de la mañana los días consecutivos (si no ha habido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0776

1. TÍTULO

REALIZACIÓN E IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS A PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

complicaciones que lo contraindiquen): 16,6 % no precisó, 41,6 % sí quedó reflejado, 41,6 % no quedó reflejado.

Cambio equipo de gotero (árbol) previa administración de tratamiento en los días consecutivos: 16,6 % no procede, 0 % sí reflejado, 83,3 % no reflejado.

Heparinización de la vía central o retirada de la vía periférica al finalizar el tratamiento según el protocolo establecido: 25 % no procede por ser tratamiento subcutáneo, 41,6 % si reflejado, 33,3% no reflejado.

Entrega de medicación al alta para administrar en su domicilio: 41,6 % no prescrita, 41,6 % sí reflejado, 16,6 % no reflejado.

Petición de ambulancia: 83,3 % no precisó, 16,6 % si reflejado, 0 % no reflejado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión tras la obtención de resultados es que la falta de registro de actividades realizadas en la historia clínica del paciente impide conocer si dichas actividades han sido correctamente llevadas a cabo por el equipo de enfermería, lo que se podría traducir en fallos que repercuten negativamente sobre la calidad de cuidados del paciente. Por esta razón creemos totalmente aconsejable la introducción de un nuevo documento en la historia clínica del paciente (Check List), en el que de forma sencilla se puede reflejar el procedimiento a seguir desde el mismo ingreso del paciente hasta su alta hospitalaria, recopilando la información en un único documento, unificando criterios y garantizando la administración de citostáticos de forma segura, evitando efectos indeseables para el paciente y mejorando la calidad asistencial.

La valoración tanto por parte del equipo de mejora que forma parte de este proyecto como del resto del personal del servicio que puede beneficiarse del uso del mismo es totalmente positiva, refiriendo de forma unánime una mejoría para el servicio y una mayor seguridad a la hora de evitar omisiones en los cuidados administrados. Así mismo se llega a la conclusión de que supone una ventaja a la hora de facilitar el trabajo a personal de nueva incorporación, así como de personal que trabaja esporádicamente en el servicio (corretornos, contratos eventuales...).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/776 ===== ***

Nº de registro: 0776

Título
REALIZACION E IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE CITOSTATICOS A PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HRV

Autores:
MARCO GARCIA MIRIAM, MENDOZA BOLLO ANA ISABEL, LABUENA VELA NOELIA, PASAMAR MILLAN BEATRIZ, SAZ SOLER MARIA ISABEL, GOMEZ MENDOZA ALEJANDRO, RUJULA AZNAR MARGARITA, PORTUGAL GARCIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En febrero de 2018 se instauró el Servicio de Hematología en la unidad 1*B del HRV, siendo el personal de enfermería perteneciente al mismo el responsable de los cuidados y administración de tratamientos antineoplásicos al paciente hematológico. actualmente las cifras de cáncer a nivel nacional esta al alza siendo cada vez mas común que en las plantas se atiendan a pacientes con algún tipo de tratamiento antineoplásico. Este grupo de fármacos puede incluir la quimioterapia que actúa directamente sobre el tumor

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0776

1. TÍTULO

REALIZACIÓN E IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS A PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

mediante químicos, inmunoterapia que son unos fármacos de "reciente" aparición que estimula al sistema inmune con el fin de luchar contra la enfermedad o bien anticuerpos que se unen específicamente a ciertas proteínas determinadas. Si bien las terapias rara vez son monoterápicas surge la necesidad de instaurar unas bases para su correcta administración tanto por la salud y seguridad del paciente como la del propio personal de enfermería que la administra.

Su administración puede realizarse por vía central (la más frecuente en nuestro servicio), subcutánea y ocasionalmente oral. Por sus posibles efectos teratogénicos en el caso de la mujer fértil como otros debido a la incorrecta manipulación o no portar el epi adecuado, por ello, son tratamientos que precisan un control minucioso en su administración. Durante la manipulación de tratamientos antineoplásicos se requieren observar una serie de medidas a fin de reducir las complicaciones para el paciente, asegurar el máximo beneficio del tratamiento y proteger al Personal sanitario de los riesgos potenciales que poseen estas sustancias. Ante tal situación y las dificultades detectadas en el manejo de estos fármacos, se considera necesario realizar un procedimiento de actuación en la administración de tratamientos antineoplásicos, para garantizar unos cuidados de calidad, aumentar la seguridad tanto del paciente como de los profesionales que lo administran y la confianza en el manejo de dichos tratamientos por parte del Personal encargado de su uso disminuyendo también riesgos para su salud.

Población diana:

- * Pacientes ingresados con prescripción de quimioterapia por el servicio de hematología.
- * Enfermeros que desarrollan su actividad asistencial en la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar criterios a la hora de administración de tratamientos antineoplásicos, mediante la creación de un procedimiento de actuación. Garantizar la administración de los tratamientos dentro de las normas de seguridad establecidas. Reducir el riesgo laboral en la manipulación de estos tratamientos.
- Reducir los errores en la administración de los antineoplásicos que puedan derivar en un daño al paciente.
- Garantizar la correcta eliminación de residuos y excretas del paciente según normativa vigente.

MÉTODO

Realización de un procedimiento de actuación para la administración de tratamientos antineoplásicos. Realización de un Check-list con las actividades a realizar dentro del procedimiento de actuación desde el momento de ingreso del paciente, que cubran cada actuación llevada a cabo en la utilización de medicación antineoplásica.

INDICADORES

- % de pacientes que tienen el check list rellenado correctamente.
- % de pacientes que tienen en el check list rellenado parcialmente.
- Se realizarán mediciones cada tres meses siendo en los meses julio, octubre y enero.

Los datos serán recogidos en una base de datos destinada para tal fin y a través de la cual se realizarán los análisis estadísticos necesarios.

DURACIÓN

- * Elaboración del procedimiento de actuación: abril 2019
- * Aceptación del procedimiento por la comisión de cuidados de Hospital Royo Villanova
- * Aceptación por la Comisión de documentación clínica del Hospital Royo Villanova
- * Implantación del procedimiento de actuación: mayo 2019
- * Auditoría y revisión de historias para comprobación de la implantación del Check-list: julio 2019-octubre 2019-enero 2020.

OBSERVACIONES

Se informa al jefe del servicio de Hematología Dr Lopez acerca del proyecto a desarrollar así como al supervisor de la unidad Javier Campillo.

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 - 2019/0224

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE ACCESO A BUSCADOR-GUIA FARMACOTERAPEUTICA DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA EN INTRANET DEL SECTOR ZARAGOZA 1

Fecha de entrada: 05/02/2020

2. RESPONSABLE SANTIAGO GRAN SERON
· Profesión TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALVO NAVALMORAL MIGUEL EDUARDO

VARELA MARTINEZ ISABEL

MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA

MOCIN TORRES CARLOS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 3 reuniones entre el servicio de informática y el servicio de farmacia, en la primera de ellas se ha tratado la definición del proyecto, la información que se quiere mostrar y el método de búsqueda ágil y sencillo.

Desarrollo de la aplicación con las especificaciones que se hablaron.

En la segunda reunión se presentó a farmacia la aplicación por parte de informática y se expusieron las mejoras posibles.

En la tercera reunión se matizaron los últimos detalles de la aplicación, así como las posibles ubicaciones dentro de la intranet y su difusión entre los facultativos. Dichos puntos se trataron con la dirección.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado es que se ha desarrollado la aplicación que permite a los facultativos localizar la medicación que necesitan de manera rápida y clara, recortando los tiempos de atención y redundando en una mejora de la calidad del servicio que se da a los usuarios del sector.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con el uso por parte de los usuarios podremos concluir si es necesario hacer modificaciones para conseguir que la aplicación sea usable y útil.

7. OBSERVACIONES.

Como conclusión se podría decir que se considerando sinergias entre servicios se consiguen resultados que tienen impacto en toda la organización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0783

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD BÁSICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR NIEVAS MARCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIOS HERRERO ANTONIO
GOMEZ AZCOITIA VICTOR MANUEL
GOMEZ ROYO HECTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Primero se elaboró una encuesta que se adaptaba a las características propias de nuestra Unidad. Se consensó el contenido de la misma en cuanto a la redacción de las preguntas y la valoración del nivel de satisfacción conforme a Encuestas de calidad de Servicios de Atención Primaria. La encuesta explicaba a los trabajadores como se iba a asegurar el anonimato de las respuestas y el objetivo del proyecto: ayudarnos a mejorar la calidad de nuestro servicio.

Incluía ocho ítems para valorar: la información recibida ante las demandas de los trabajadores, si se encontraba solución al problema planteado, capacitación del personal para resolverlo, accesibilidad y limpieza de las instalaciones, tiempo dedicado, amabilidad, cuidado de la intimidad e interés demostrado por el personal que compone la Unidad Básica de Prevención del Sector I. Se incluía una última pregunta sobre el nivel de satisfacción global.

Todos los componentes de la Unidad (auxiliar administrativo, enfermero, técnico y médico) participamos activamente en la atención de los trabajadores. Muchos trabajadores que acuden a la unidad por problemas laborales requieren una respuesta multidisciplinar (técnica y sanitaria), según el problema planteado en la entrevista. El estudio de los resultados nos ofrecería un análisis multifocal del trabajo realizado. La encuesta se aprobó en reunión de equipo en el mes de abril, conforme a calendario propuesto.

Ese mes se quedó sin cubrir la plaza del técnico de la Unidad. Inicialmente pensamos que esta situación sería breve, y se postpuso la distribución de las encuestas hasta que estuviéramos todos los integrantes de la Unidad. En el mes de noviembre se incorporó el técnico, y a final de mes se comenzaron a distribuir las encuestas a los trabajadores. En el momento de la citación se le entregaba al trabajador, que la depositaba en una caja colocada en el pasillo al abandonar la Unidad, y que sólo se abrió para recoger el conjunto de las encuestas recogidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Teniendo en cuenta los indicadores utilizados en Encuestas de Satisfacción consideramos el grado de acuerdo del entrevistado con una serie de afirmaciones a través de una escala de Lickert, entre 1 y 5. Se consultaron diversos estudios de Satisfacción de Usuarios aplicados en Servicios de Atención Primaria y se acordó:

- Aplicar factores de corrección si la respuesta del trabajador estaba entre los valores 1 (nada satisfactorio, mucho peor de lo que esperaba), 2 (poco satisfactorio) y 3 (adecuado, como lo esperaba).

- Para cada pregunta se obtendría un porcentaje: resultado inferior al 50% si la situación era muy mejorable, hasta porcentaje superior al 90% se valoraría como no mejorable, incluyendo un rango intermedio de posibilidades.

Se recogieron un total de 55 encuestas. Con las respuestas obtenidas se han obtenido los siguientes porcentajes:

1. La solución que se le ha dado a su problema: 95
2. La amabilidad del personal: 98
3. La capacitación del personal para realizar su trabajo: 97
4. El interés del personal que le ha atendido: 97
5. La información recibida por Ud. acerca del motivo de su consulta/solicitud: 94
6. El tiempo dedicado por el personal durante la consulta: 95
7. La accesibilidad y limpieza de las instalaciones: 92
8. El cuidado de la intimidad durante la consulta: 94
9. Su nivel de satisfacción global: 95

El grado de satisfacción alcanzado en las ocho preguntas fue excelente, lo que indica que el servicio prestado fue mejor que lo que inicialmente esperaban. La pregunta en la que se obtuvo un peor resultado, está relacionada con la accesibilidad y las instalaciones, y se han planteado propuestas para su mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras analizar las respuestas, valoramos los resultados de la Encuesta de Satisfacción muy positivamente.

- El indicador de carácter más global indica que, en un elevado porcentaje (95%), los encuestados se encuentran muy satisfechos con la atención recibida en la unidad.

- Analizando específicamente cada uno de los aspectos relacionados con las características estructurales, accesibilidad, percepción sobre los profesionales en sus diferentes dimensiones de trato y competencia, los trabajadores/usuarios coinciden en una alta valoración de la mayoría de los aspectos enumerados.

- Pensamos que mediante esta encuesta (anónima y breve), se favorece que los trabajadores puedan plantear

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0783

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD BÁSICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I

sus inquietudes, ha mejorado la percepción que tenían del servicio, y en general agradecen poder implicarse en el proceso de mejora de la Unidad Básica de Prevención.
Consideramos necesario continuar testando el nivel de satisfacción de los usuarios de manera periódica, como parte fundamental del proceso de mejora de calidad de nuestra Unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/783 ===== ***

Nº de registro: 0783

Título
IDENTIFICACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD BASICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I

Autores:
NIEVAS MARCO MARIA PILAR, PALACIOS HERRERO ANTONIO, GOMEZ AZCOITIA VICTOR MANUEL, ACON GARCIA ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales atiende a trabajadores del Sector Sanitario I (atención primaria y especializada) y realiza actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores.
Los trabajadores acuden al Servicio de Prevención solicitando atención sanitaria y asesoramiento en relación a los riesgos presentes en su puesto, accidentes de trabajo o actualización de su estado inmunitario entre otras demandas.
La atención a los trabajadores requiere la participación de todos los integrantes del Servicio (auxiliar administrativo, técnico de prevención, enfermero y médico) que forman parte y participan de manera activa y multidisciplinar en las peticiones de los usuarios.
La administración de la encuesta de satisfacción permitirá testar el grado en el que los trabajadores reciben respuesta a sus solicitudes, y ofrecerá a los integrantes del Servicio de Prevención el feedback del trabajo realizado.

RESULTADOS ESPERADOS
El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales atiende a trabajadores del sector sanitario I. El principal objetivo es la valoración de la asistencia prestada por la Unidad Básica de Prevención, en sus diferentes vertientes: tanto administrativa como asistencial.
Se pretende:
- Conocer la opinión de los trabajadores que acuden al Servicio de Prevención.
- Implementar un plan de mejora con las sugerencias y la información que se obtengan de los usuarios a través de la encuesta de satisfacción.
- Mejorar la calidad de la asistencia.

MÉTODO
Para llevar a cabo los objetivos propuestos se realizará:
1. Elaboración de la encuesta, cuestionario estructurado elaborado específicamente para la investigación.
2. Entrega por parte del auxiliar administrativo de la encuesta en el momento de la citación y se recogerá al alta del proceso. Se facilitarán mecanismos para que las encuestas sean anónimas y todos los datos serán tratados con la debida confidencialidad.
3. Registro de las encuestas. Análisis estadístico del perfil de los usuarios encuestados.
4. Análisis de los resultados para calcular el grado de satisfacción percibido.
5. Puesta en común y evaluación por el grupo de trabajo. Implantación de medidas correctoras en caso de ser necesarias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0783

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD BÁSICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I

INDICADORES

1. Disponibilidad de la encuesta y creación de la base de datos.
2. Analizar la tasa de respuesta e incidencias: colabora; no colabora; no puede contestar en este momento.
3. Análisis del grado de satisfacción de los usuarios en las diferentes cuestiones: 1- nada satisfactorio-mucho peor de lo que esperaba, 2- poco satisfactorio-peor de lo que esperaba, 3- adecuado-como me lo esperaba, 4- satisfactorio-mejor de lo que esperaba, 5- muy satisfactorio-mucho mejor de lo que esperaba.
4. Evaluación de los distintos ítems con los siguientes criterios: 1- límite inferior de calidad- aspecto muy mejorable, 2- aspecto bastante mejorable, 3- aspecto mejorable, 4- aspecto apenas mejorable, 5- límite superior de calidad- aspecto no mejorable
5. Memoria anual con análisis de los resultados obtenidos y propuestas de mejora: en la organización de la Unidad, en los procedimientos utilizados, en la gestión de recursos humanos y/o materiales o en otros campos. Evaluación de las consecuencias y posibles beneficios obtenidos.

DURACIÓN

- Abril 2019: Elaboración de la encuesta y base de datos.
- Mayo-octubre 2019: Administrar la encuesta a los usuarios de la Unidad.
- Noviembre-diciembre 2019: Análisis de datos. Detección de áreas de mejora.

OBSERVACIONES

Es un proyecto que se puede extrapolar a cualquier unidad o servicio.

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 - 2019/0838

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE MONITORIZACIÓN AVANZADA E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE GABRIEL TIRADO ANGLÉS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORDONADA HERRERO MARIA JESUS
LEON CINTO CRISTINA
RAMOS ALDA ISABEL
EZPELETA GALINDO ANA
QUILEZ PERNIA ANA MARIA
LAZO VEGA DIANA
GONZALEZ CABALLERO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2019 se ha implantado el nuevo sistema de monitorización avanzada y un sistema de información clínica en la UCI.

El proyecto se realizó en dos fases para favorecer su implantación y la adaptación del personal a los cambios en el funcionamiento de la Unidad.

En primer lugar se procedió a la instalación de toda la monitorización avanzada. Los nuevos monitores Intellivue Mx8000, proporcionaron nuevas posibilidades de monitorización al paciente crítico. En el cronograma de implantación se realizaron varias sesiones de formación, por parte del personal de Philips y por parte del personal de la Unidad.

Se realizó un estudio de las diferentes configuraciones predeterminadas de monitorización de parámetros. Se establecieron unas prioridades de monitorización y visualización acordes a las patologías más prevalentes en la Unidad: Paciente coronario, séptico y quirúrgico.

Finalmente se establecieron dos perfiles de monitorización: paciente General y paciente Grave. Se elaboró un algoritmo de decisión para que todo el personal usara los mismos perfiles de monitorización en el momento de ingreso de un paciente crítico. Se realizaron dos videotutoriales explicando la selección de perfiles y la monitorización electrocardiográfica. Dichos videotutoriales se distribuyeron a todo el personal.

Tanto las presentaciones como los videotutoriales se encuentran disponibles en la Intranet del Hospital Royo Villanova: N:UCT\Documentos_ICCA\

En la siguiente fase se procedió a la implantación del Sistema de Información Clínica de Philips IntelliSpace Cuidados Críticos y Anestesia (ICCA). Dicho proceso conllevó un desarrollo de la aplicación para la adaptación de ésta a la dinámica de trabajo de la Unidad realizado principalmente por un facultativo médico y una enfermera, pero se requirió la colaboración de otros miembros de la Unidad.

Se elaboraron varios manuales de uso del ICCA adaptados al flujo de trabajo a la unidad, que se han ido actualizando durante el año, ante los cambios que se han ido realizando en la aplicación. Finalmente se elaboró un Manual de ayuda propio sobre el uso del ICCA en la UCI del Hospital Royo Villanova que se encuentra disponible en la aplicación.

Se realizaron 3 videotutoriales sobre:

- Cómo ingresar en el ICCA
- Cómo funciona la gráfica
- Qué significa cada color en el ICCA

Una vez se finalizó el desarrollo se impartió un curso formativo para el personal impartido por personal de la Unidad en colaboración con el personal de Philips. A dicho curso asistieron la totalidad del personal médico, de enfermería y TCAE del Servicio y también el personal de enfermería y TCAE que pertenecen al pool de refuerzo del hospital.

Para la correcta implantación y aprovechando el cambio que se iba a producir, se actualizaron los algoritmos y protocolos de algunos temas:

1.- Sedación y nutrición enteral

- Se realizó un protocolo de monitorización y guiado de la sedación para enfermería, un protocolo de sedación ligera y profunda, un protocolo y checklist de intubación rápida y un checklist de extubación.
- Se actualizaron los algoritmos para la determinación de los requerimientos nutricionales de cada paciente en dependencia de su peso, situación clínica y estado previo al ingreso. Dicho algoritmo se introdujo en el Sistema de información clínica y está accesible y supone la guía para la indicación de las diferentes nutriciones enterales.

2.- Antibioterapia

- En base a las más reciente guías de administración antibiótica, se definieron las dosis recomendadas más adecuadas, los modos y tiempos de administración de la antibioterapia en el Shock Séptico. Se diseñó un cuadro explicativo y se añadieron en las ordenes predefinidas de tratamiento para homogeneizar la antibioterapia del paciente séptico. Dicho cuadro se encuentra en la aplicación a disposición de todo el personal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0838

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE MONITORIZACIÓN AVANZADA E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Todos los documentos, algoritmos que se han enumerado se pueden consultar en las carpetas Documentos ICCA, dentro de la carpeta UCI, perteneciente a la red NAVASA del Sector I.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se cumplieron todos los objetivos que nos habíamos marcado al inicio del proyecto. La aceptación y grado de adaptación por parte del personal del nuevo sistema de monitorización y del cambio que ha conllevado el nuevo sistema de información clínica (ICCA) ha sido mejor gracias a todos los elementos de ayuda que se han desarrollado durante este año: Manuales, tutoriales, videotutoriales, sesiones formativas, etc. No se han realizado ninguna encuesta ni método para objetivar dichos resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de un nuevo sistema de monitorización avanzada y de un sistema de información clínica en la UCI del Hospital Royo Villanova, ha supuesto un cambio en la dinámica de trabajo. La realización de este proyecto permitió que la implantación fuera sencilla, acorde a la dinámica del Servicio, más fácil y sostenible en el tiempo. Este proyecto ha permitido actualizar diferentes protocolos y algoritmos de actuación y homogeneizar la monitorización del paciente atendido en la UCI del HRV.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/838 ===== ***

Nº de registro: 0838

Título
IMPLANTACION DE UN NUEVO SISTEMA DE MONITORIZACION AVANZADA E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
TIRADO ANGLES GABRIEL ANGEL, BORDONADA HERRERO MARIA JESUS, LEON CINTO CRISTINA, RAMOS ALDA ISABEL, EZPELETA GALINDO ANA, QUILEZ PERNIA ANA MARIA, LAZO VEGA DIANA, GONZALEZ CABALLERO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermo Crítico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Asistimos en la actualidad a la gran revolución en la asistencia sanitaria y en especial en el tratamiento de los pacientes críticos. Esta revolución se debe en parte a la aceleración que se ha producido en el campo tecnológico y biosanitario, pero también a un cambio conceptual en la atención a estos pacientes. Dentro de las UCIs, las tecnologías de monitorización e informatización de la gestión clínica y el análisis de la información que éstas nos dan se han convertido en el eje vertebrador de la asistencia y la investigación. Los datos de la historia clínica son una fuente de información formidable, no sólo para resumir lo ocurrido sino para identificar pacientes en riesgo, para ayudar al profesional en la toma de decisiones, para proyectar el conocimiento acumulado, la experiencia y el talento al servicio de los pacientes. La UCI del HRV ha acometido un cambio en el Sistema de Monitorización y se ha instalado un Sistema de Información Clínica, IntelliSpace Cuidados Críticos y Anestesia (ICAA) de Philips. Dicho cambio supone la posibilidad de desarrollar una atención al paciente crítico más tecnificada y una completa modificación de los flujos de trabajo en la Unidad. Ante dichas novedades es una prioridad del Servicio el desarrollo de un proyecto de implantación de ambos equipamientos para que los cambios no supongan una merma en la calidad de la asistencia ni se alteren los flujos de trabajo ya consolidados en a Unidad

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0838

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE MONITORIZACIÓN AVANZADA E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Aprovechamiento máximo de las posibilidades tecnológicas que ofrecen los nuevos equipos de monitorización
Homogeneización de la monitorización del paciente ingresado
Favorecer el rápido conocimiento de la nueva monitorización por parte del personal nuevo de la Unidad
Desarrollo del ICCA para aprovechar lo ya realizado previamente y que se adapte al método de trabajo de la Unidad.
Realización de algoritmos inteligentes de ayuda en el ICCA
Proactividad en la detección de eventos adversos
Elaboración de manuales y tutoriales para el personal.

MÉTODO

Se realizarán las siguientes actividades:
Elaboración de configuraciones predeterminadas de monitorización de parámetros acorde a las patologías más prevalentes en la Unidad: Paciente coronario, séptico y quirúrgico.
Protocolos de monitorización de la sedación
Protocolo de administración de nutrición enteral
Protocolos de antibioterapia precoz en el Shock séptico
Protocolo de gestión de las alarmas generadas por la monitorización
Manuales de uso del ICCA adaptados al flujo de trabajo a la unidad
Sistemas de notificación de dudas, problemas del ICCA
Videotutoriales de uso del ICCA
Sesiones de Formación en monitorización avanzada y en el sistema de información clínica para el personal de la Unidad

INDICADORES

Se realizará una memoria de todas las actividades realizadas.
Se colgaran en la intranet todos los documentos elaborados en este proyecto

DURACIÓN

Este proyecto se realizará a lo largo de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0248

1. TÍTULO

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO SIGUIENDO UNA VIA CLINICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL FITENI MERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATIA SANZ MARTA TERESA
CABALLERO ASENSIO RUTH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Marzo-Abril: Elaboración de una vía clínica (VC) en Insuficiencia Cardíaca para pacientes ingresados en Hospitalización a Domicilio. Consiste en un esquema organizado por días, sobre las actividades necesarias: recoger la información imprescindible estipulada de cada paciente, todas la pruebas que debe tener, la medicación que debe llevar o justificar si no es así, la educación sanitaria progresiva que tenemos que impartir, las patologías (comorbilidades) que hay que despistar y su manejo, por último lista de comprobación al alta con cita para asegurar la continuidad asistencial. Además se ha preparado material didáctico para la faceta de educación sanitaria a pacientes y cuidadores, principalmente consejos y recordatorios sobre el cuidado en esta enfermedad (autocuidado) central en nuestra vía clínica. Explicación a todo el equipo de la VC para implementarla
2. 1-Junio- 31-Diciembre: inclusión de pacientes para vía clínica. Seguimiento de dicha ruta
3. Enero: recogida y análisis de los datos en HCE, base de datos de la unidad de HAD y HIS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Pacientes incorporados a la vía clínica: 22. Pacientes ingresados por IC en la Unidad de Hospitalización a Domicilio: 28. (diagnóstico principal de IC). Tasa: 78,5%
2. Pacientes que completan la VC: 20 /22. 90%. Los dos pacientes que no finalizaron fue debido a reingreso en planta uno por claudicación familiar y otro por empeoramiento.
3. Pacientes con cita al alta para asegurar continuidad: 86%.
4. Reingresos en fase vulnerable (30 días tras el alta): 9%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilización de una vía clínica para el tratamiento en un proceso tan prevalente como la IC parece eficaz para reducir los reingresos en la fase vulnerable tras el alta (9% frente a 20% publicado en muchas series de pacientes similares a los nuestros de MI). La vía clínica nos sirve de recordatorio día a día de las actividades estipuladas, ayuda a impartir la educación sanitaria eficaz entre otras facetas del tto. Sin embargo la inclusión de pacientes en el seguimiento de una vía es ligeramente inferior a la fijada en nuestros objetivos (78,5 vs. 80%) debido al trabajo que supone su inicio, recoger todos los datos e información por lo que en períodos de presión asistencial o menos personal por vacaciones como los meses de verano del periodo que abarcamos, su realización no siempre es posible. Aun con todo vistos los buenos resultados seguimos tratando a los pacientes con IC siguiendo la VC.

En análisis colaterales hemos detectado que la educación sanitaria incluida en la VC y que no se realiza en otros sectores favorece un mejor autocuidado y menos reingresos precoces, por lo que se va a desarrollar más en años siguientes el aspecto de la educación a estos pacientes y sus cuidadores con objetivo de disminuir reingresos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/248 ===== ***

Nº de registro: 0248

Título
MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO SIGUIENDO UNA VIA CLINICA

Autores:
FITENI MERA ISABEL, MATIA SANZ MARTA, CABALLERO ASENSIO RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0248

1. TÍTULO

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO SIGUIENDO UNA VIA CLINICA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Disminuir reingresos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La insuficiencia cardíaca (IC) es la principal causa de hospitalización en pacientes mayores de 65 años, con una tasa de mortalidad del 20% el primer año tras el alta. También supone la principal causa de reingreso hospitalario en general y en los primeros 30 días del alta, con una tasa de hasta el 20-30%. Esta alta tasa de rehospitalización está relacionada con la calidad de la asistencia; estabilización incompleta, falta de continuidad al alta... Para mantener unos estándares homogéneos de calidad en la atención a esta patología tan prevalente proponemos seguir una vía clínica para todos los pacientes que ingresen por IC en nuestro Servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD). Con la vía clínica se pretende minimizar la variabilidad en el manejo del proceso, con un calendario preciso para todos los cuidados tanto farmacológicos como de educación sanitaria y continuidad asistencial siguiendo las Guías internacionales de Práctica Clínica. Al seguir un calendario común, evitamos olvidos y errores en su manejo, intentando disminuir la tasa de rehospitalización y/o alargar el tiempo libre de ingreso achacable a estos déficits

RESULTADOS ESPERADOS
- Seguir el mismo tratamiento estipulado en una VIA CLINICA a modo de lista de comprobación, en todos los pacientes con IC.
- Minimizar la variabilidad de tratamiento y seguimiento entre pacientes con un mismo proceso (IC)
- Disminuir la tasa de reingreso por IC descompensada en la fase vulnerable

MÉTODO
1- ELABORAR UNA VIA CLINICA donde se recojan todas las actividades que hay que desarrollar siguiendo un calendario día a día (1º hasta el alta); en cuanto a pruebas a realizar, medicaciones necesarias introduciéndolas por escalones, educación sanitaria progresiva sobre su enfermedad y autocuidado, vigilancia de la yatrogenia habitual que es preciso prever y evitar, criterios necesarios para el alta, datos imprescindibles que deben plasmarse en un informe de alta de calidad así como organización de la continuidad asistencial
2- Iniciar la vía clínica desde el día del ingreso del paciente y seguimiento hasta el alta a modo de lista de comprobación diaria
3- Al alta asegurar la continuidad asistencial

INDICADORES
- Número de pacientes incorporados a la vía clínica/ número de pacientes ingresados en HaD con diagnóstico de IC (fuente de datos: base de datos de HaD. valor a alcanzar: 90%. Inferior: 80 y superior: 100%)
- Pacientes que completan la vía clínica. (Valor deseable: 90%. Límite inferior 70% considerando posible mortalidad y/o traslado a planta convencional)
- Pacientes con continuidad asistencial al alta, reflejado en el informe de alta (valor a alcanzar: 90%. Límite inferior: 70% por los mismos motivos que el indicador anterior)
- Número de reingresos en la fase vulnerable de los 30 primeros días tras el alta hospitalaria por IC. (valor deseable: 10% límite inferior de calidad: 15% considerando disminución mínima de la tasa general publicada del 20-30%)

DURACIÓN
- Marzo 2019: elaboración de la VIA CLINICA siguiendo las recomendaciones de las Guías de Práctica clínica sobre IC (Dra. Fiteni)
- Abril - Diciembre 2019: incorporación de los pacientes que ingresen con IC a la vía clínica (Dras. Fiteni, Dra. Matía y Dra. Caballero)
- Diciembre 2019: evaluación del proyecto con la base de datos de la Unidad de HaD. Revisión de reingresos en todos los centros de Aragón en la Historia Clínica Electrónica (Dra. Matía)
- Enero 2020: Memoria (Dra. Fiteni)

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 - 2019/0550

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION (CHECK-LIST) EN LA DOTACION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 22/02/2020

2. RESPONSABLE YOLANDA SANCHEZ VICENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ALVAREZ YOLANDA
OVEDE GARCIA PILAR
ROMEO MUÑOZ EVA
BOSQUE JULIAN ELISABET
RODRIGUEZ CASO MARIA ISABEL
RUBIO TURRUBIA MARIA GEMA
QUINATOVA PARRA GABRIELA PAOLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZACIÓN DEL CHECK-LIST (EXCEL)
ORDENACIÓN DE LOS CARROS (POR APARTADOS CON EL CONTENIDO DE LOS MISMOS)
ESTABLECIMIENTO DE PROTOCOLO EN EL SERVICIO DE REVISIÓN: TURNO Y HORA
IMPLANTACIÓN DEL CHECK-LIST

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han organizado los carros de curas por apartados y contenido de cada uno. Se ha implantado el protocolo de revisión y reposición de los carros en turno y hora y se ha diseñado el check-list de revisión a falta de realizar un mayor cumplimiento y seguimiento del mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
el equipo se ha implicado y han tomado conciencia de la necesidad del objetivo, a falta de una mayor concienciación de la necesidad de dejarlo registrado por escrito. Se ha notado mejoría en la utilización de los carros así como una mayor limpieza y puesta punto de los mismos de manera general.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/550 ===== ***

Nº de registro: 0550

Título
IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION (CHECK-LIST) EN LA DOTACION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
PALAZON FRAILE CLAUDIA, SANCHEZ VICENTE YOLANDA, OVEDE GARCIA PILAR, ROMEO MUÑOZ EVA, BOSQUE JULIAN ELISABET, RODRIGUEZ CASO MARIA ISABEL, RUBIO TURRUBIA MARIA GEMA, QUINATOVA PARRA GABRIELA PAOLA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El carro de curas hospitalario es un elemento muy importante y de gran utilidad diaria en los hospitales, más concretamente para el personal de enfermería. En él se guardan todos los materiales e instrumental de uso sanitario orientado a resolver de una manera práctica cualquier circunstancia que pueda suceder en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0550

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION (CHECK-LIST) EN LA DOTACION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

interior de una habitación de manera ordinaria, con la comodidad de poder desplazarlos a las habitaciones de los pacientes para realizar la asistencia.
Una de las características más interesantes del carro de curas es que su contenido se puede adaptar según las necesidades de los profesionales que más lo utilizan y de los pacientes a los que va destinada la asistencia. Deben estar siempre limpios y dispuestos para su uso.
La función de preparar, mantener y limpiarlos recae sobre los TCAEs. En la actualidad no contamos con una lista predeterminada de materiales e instrumental que deba contener cada carro de curas, por lo que los TCAEs se encuentran con la dificultad de decidir con que lo reponen, y que dotación debe de tener. El personal de Enfermería tampoco sabe el contenido de los mismo cuando lo usa en la asistencia a los pacientes, por lo que en numerosas ocasiones debe interrumpir su trabajo para ir a buscar el material que no tiene y que debería llevar en el carro.
Así mismo no hay ningún registro de que esta reposición y mantenimiento de los carros se haya realizado, dejándolo al buen hacer de cada profesional.

RESULTADOS ESPERADOS

Unificar los recursos materiales mínimos necesarios para la dotación de los carros de curas hospitalarios en el servicio de Medicina Interna.
Establecer criterios de revisión y reposición de los carros de curas hospitalarios de forma sistematizada en el servicio.

MÉTODO

Realización de una lista con el contenido de materiales e instrumental que debe contener un carro de curas en el servicio de Medicina Interna
Realización de un check-list a cumplimentar tras la reposición y mantenimiento de los carros.
Información y formación al personal TCAEs del servicio sobre el nuevo procedimiento a llevar a cabo.
Implantación de un check-list en el procedimiento de dotación y mantenimiento de los carros de curas.

INDICADORES

Recopilación de los check-list realizados en cada revisión de carros a lo largo de todo el año.
Evaluación trimestral del procedimiento

DURACIÓN

Marzo: realización del listado
Abril: información y formación al personal TCAE mediante reunión.
Mayo: implantación del chek-list
Cada tres meses revisión del procedimiento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0591

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE HIERRO ENDOVENOSO EN EL DOMICILIO POR LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO (HAD) DEL SECTOR ZARAGOZA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA TERESA MATIA SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FITENI MERA ISABEL
CABALLERO ASENSIO RUTH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) ofrece una atención especializada de rango hospitalario en el domicilio del paciente con las mismas garantías que la hospitalización convencional, pero con las ventajas de una mayor comodidad e intimidad del enfermo. Uno de los procedimientos terapéuticos que se pueden llevar a cabo por este servicio es la administración de hierro endovenoso. En el año 2013 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) emitió una nota informativa en la que recomendaba utilizar estos preparados solo en lugares con acceso inmediato a medidas de tratamiento de emergencia de reacciones de hipersensibilidad debido a que, aunque estas reacciones son de aparición rara, eran potencialmente muy graves. En este contexto, la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) creó un grupo de trabajo para revisar este documento y concluyó que se trataba de recomendaciones y no de prohibiciones. Por ello y para garantizar la seguridad clínica del paciente y realizar dicho procedimiento en condiciones de calidad se ha propuesto la creación de un Protocolo de Administración de Hierro endovenoso en el domicilio.

En primer lugar, se elaboró durante el periodo marcado de mayo a septiembre de 2019, toda la documentación necesaria específica para la puesta en marcha del procedimiento de hierro endovenoso en el domicilio del paciente. De esta manera, y con el objetivo de extremar la seguridad del paciente durante su administración y utilizar un procedimiento estandarizado validado se creó una Guía específica de Ferroterapia endovenosa en el Domicilio y un Consentimiento Informado también Específico. En un segundo tiempo, a partir de septiembre de 2019 se implementó en el servicio de HaD dicho procedimiento, de tal modo que hasta finales de 2019 se realizó dicho procedimiento con éxito y sin ninguna incidencia en un total de 2 pacientes. En consecuencia, al realizarse en el propio domicilio del paciente se ha conseguido realizar una asistencia más personalizada con mayor nivel de intimidad y bienestar, evitando traslados al medio hospitalario, lo que se ha traducido en un mayor grado de satisfacción del enfermo y familiares.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración de la Guía de Ferroterapia endovenosa en el Domicilio y Consentimiento Informado: realizado
- Número de pacientes a los que se realiza Terapia de Transfusión en el domicilio: 2 pacientes
- Número de reacciones adversas: 0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el año 2019 se ha cumplido el objetivo marcado de elaborar una Guía Específica de Ferroterapia endovenosa en el Domicilio con todos los documentos complementarios necesarios. Asimismo, ha sido implantado con éxito, realizándose el procedimiento en varios pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/591 ===== ***

Nº de registro: 0591

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN EL DOMICILIO POR LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO (HAD) DEL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
MATIA SANZ MARTA, FITENI MERA ISABEL, CABALLERO ASENSIO RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0831

1. TÍTULO

ANÁLISIS GLOBAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNA VISIÓN DIFERENTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE RUTH CABALLERO ASENSIO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ROYO VILLANOVA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RANZ ANGULO DAVID
MATIA SANZ MARTA TERESA
FITENI MENA ISABEL
SEVIL PURAS MARIA
MARTINEZ ASENSIO SUSANA
GRACIA ASO NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones de trabajo: El primer contacto con la escuela de Ingeniería se realizó en Septiembre de 2018. En febrero de 2019 se ha realizado la primera reunión informativa con el Equipo de Ingeniería. Se han realizado un total de cuatro reuniones a lo largo del año (febrero, marzo, septiembre y octubre) de carácter informativo-docente, tanto en el Hospital Royo Villanova (seminario 3 de la planta 1) como en la Escuela de Ingeniería (Campus Río Ebro), en las que se entregó al Equipo de Ingeniería los diversos protocolos y guías clínicas de la Unidad, formularios, descripción detallada de los materiales y equipos, desarrollo de un customer journey del personal como explicación de un día de trabajo de la Unidad; y otras dos reuniones más en el segundo semestre para poner en común las propuestas de mejora, y seleccionar los puntos más destacados. En ellas se realizó un análisis del sistema desde la perspectiva y mediante el empleo de herramientas del diseño social, como estrategia de búsqueda de oportunidades de mejora hacia alguno de los colectivos relacionados con el servicio de atención domiciliaria. Por parte del Equipo de Ingeniería se realizaron además encuestas telefónicas a pacientes y cuidadores (que habían dado su consentimiento por escrito para ello) que sirvió para una valoración integral de todos los stakeholders implicados directamente en la Unidad. Una última reunión para la presentación de resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

- Identificar una lista de problemas de servicio a cualquiera de sus niveles de actuación, a través de entrevistas personales, encuestas a personal-pacientes-cuidadores; además de la evaluación de toda la información registrada. Realizado durante todo el proceso y las reuniones, incluyendo entrevistas telefónicas a los pacientes y cuidadores, y en persona con todo el equipo de la unidad (supervisora de enfermería, equipo de enfermería, facultativos).
- Número de propuestas de mejora: análisis y retos de diseño. Se identificaron, en un primer nivel, 11 puntos de mejora sobre los que se podrían desarrollar diferentes estrategias:
 - Dar una mayor visibilidad a la Unidad, tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes, y a varios niveles, como es dentro y fuera del hospital (campaña publicitaria); todo ello para mejorar la percepción de la Unidad, y aumentar las solicitudes de ingreso.
 - Formación para cuidadores, dado que son el pilar fundamental en el domicilio, y que es una de las pocas quejas que expresan en las encuestas de satisfacción de la Unidad.
 - Aumentar la seguridad del paciente mediante la mejora de la toma de medicación en el domicilio.
 - Aumentar la seguridad de los profesionales sanitarios, teniendo en cuenta la dispersión de los domicilios, desplazamiento en coche, zonas de difícil acceso, en ocasiones del personal de enfermería en solitario, y en horarios que cubren las 24h.
 - Gestión de la organización del servicio, teniendo en cuenta la realización de tareas no adecuadas, lograr una gestión eficiente de los documentos (por parte del personal sanitario y de los pacientes), integrar todas las acciones realizadas.
 - Desarrollar un proceso de selección de pacientes para facilitar a los facultativos su desarrollo
 - Creación de un sistema de control del material en el maletero.
 - Mejorar la recogida de residuos en el coche.
 - Adaptación del puesto del conductor para realización de otras tareas.
 - Desarrollo de redes colaborativas locales/comunitarias.
 - Organización de la ruta de visitas domiciliarias.
- Valoración de esas propuestas por parte del personal y de los pacientes: la valoración global por parte de la unidad ha sido plenamente satisfactoria, con una gran implicación por parte del equipo de ingeniería.
- Seleccionar aquellas propuestas más valoradas para profundizar en la búsqueda de mejoras, tanto como nuevos productos o servicios para la mejora de la calidad asistencial del paciente, como de la actividad del personal sanitario: en la reunión de presentación de las propuestas, se decidió por parte de todo el equipo, cuáles eran los aspectos primordiales a desarrollar; siempre pensando en la viabilidad de las mismas. Han sido 3 los aspectos o grupos de mejoras fundamentales sobre las que se ha desarrollado el trabajo posterior, que exponemos a continuación.
 - a.-Mejorar la visibilidad de la unidad y la confianza del paciente/cuidador. Se han propuesto varias opciones dentro de las cuales destacan:
 - Campaña publicitaria mediante cartelería y trípticos informativos de la unidad por escrito, así como videos promocionales a nivel de las redes sociales.
 - Pack de bienvenida al ingreso en la unidad (compuesto por tríptico informativo, guías visuales según

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0831

1. TÍTULO

ANÁLISIS GLOBAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNA VISIÓN DIFERENTE

patología, termómetro, documentos de tratamientos, diario de historias) dentro de caja personalizada (o carpeta corporativa como opción de bajo coste).

- Facilitar la formación de los cuidadores y los propios pacientes mediante la realización de videotutoriales por parte del personal de la unidad dentro de un canal de Youtube propio (como medio de expansión). Además se ha rediseñado la ficha de tratamiento que se facilita a los pacientes/cuidadores para mejorar la comprensión de la misma (independientemente del nivel cultural).
- Rediseño de las fichas informativas que se adjuntan a los pacientes según patologías para facilitar una lectura comprensiva.

b.-Mejora de la gestión y organización interna de la Unidad, mediante varios puntos:

- Diseño de una aplicación móvil (app) que incluya: inicio de la jornada, ajuste de datos de pacientes, organización de ruta, ubicación en tiempo real, visitas finalizadas/visitas pendientes, chat de comunicación entre el personal del servicio. Además la pantalla principal dispondrá de un botón de emergencia (que comunique directamente con el 112), con detección inteligente de emergencia si no hay respuesta en un tiempo establecido; así como un menú donde seleccionar al resto del personal de la Unidad, el listado de pacientes, y el modo guardia (para que queden registradas las llamadas o visitas en horario de guardia, localización del profesional especialmente en las salidas nocturnas en las que sólo hay una enfermera-).
- Diseño de una mochila específica para transporte de medicación diaria de los pacientes, en compartimentos estancos individuales, con tarjeta identificativa (actualmente se transporta en bolsas de plástico).
- Diseño de un sistema compartimentado (cajoneras) adaptadas específicamente para los maleteros de los vehículos, ajustadas al tamaño y disposición de los mismos, para transporte de materiales, así como nevera portátil para parte de la medicación de emergencia/reserva, que puede alterarse por los cambios de temperatura (actualmente sistema de cajoneras de baja calidad sin nevera para la medicación). Además se añade un sistema para recogida de residuos y transporte en el vehículo (evitar volcados y vertidos).
- Implementación de diversas acciones durante la conducción por parte del conductor, mediante Smart button y/o TAGS NFC, para desarrollo de órdenes de inicio de visita / finalización de la misma, que permita mandar un mensaje de seguridad a un teléfono de otro miembro del personal; así como otro para realizar la redacción de un informe médico/ enfermero, mejorando la disponibilidad de tiempo.
- Para la gestión del material y optimización del tiempo, además de lo anterior, se valoró la posibilidad de digitalización de los informes mediante lápiz digital-tableta, o incluso el escaneado de documentos mediante aplicaciones móviles para evitar tener que realizar la duplicidad de las mismas (según la organización actual), todo ello con presupuestos ajustados.

c.-Seguridad del equipo sanitario de la Unidad. En este apartado se incluyen la app descrita anteriormente, así como los botones inteligentes (Smart button/TAGS NFC).

- Desarrollo de nuevas propuestas de TFG: actualmente en proceso, pendiente de valoración por los tutores de la Facultad de Ingeniería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es fundamental la seguridad del equipo sanitario de la Unidad, y en este momento no existe ningún sistema de aviso/alarma, o de localización del personal en las visitas domiciliarias, siendo particularmente peligroso (y necesario) aumentar la seguridad de las visitas de enfermería de guardia en horario no matinal, que se desplazan individualmente, y en ocasiones, de madrugada, teniendo población con dispersión geográfica. Probablemente el punto de partida sería mejorando los dispositivos telefónicos (búsquedas) actuales por un smartphone de baja-media gama, en el que se podrían incluir de inicio Apps de localización. Es uno de los puntos imprescindibles que consideramos se debería desarrollar tras realizar este trabajo.

Así mismo, consideramos igualmente importante, la realización de una campaña de publicidad, para visualización de la Unidad (tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario), humanización de la misma, mediante los formatos descritos anteriormente, así como la mejora y rediseño de los documentos del servicio, y material de entrega a los pacientes. Dicho material es actualmente de manufactura personal de varios integrantes de la Unidad, sin ningún conocimiento de manejo informático/ desarrollo de textos/ infografía. En los dossieres realizados se han entregado varias versiones de los mismos.

Y por último, pero también un aspecto básico del trabajo del día a día, la mejora de los materiales disponibles actualmente en la Unidad, destacando el transporte de medicación a los domicilios, y el transporte del material dentro de los vehículos. Disponemos de soluciones temporales no adecuadas y de baja calidad, y que como vehículos sanitarios deberían mejorar en su dotación.

7. OBSERVACIONES.

Queda a disposición de los Equipos de Calidad / Gestión los dossieres completos adjuntados por los estudiantes de ingeniería, que por ser muy extensos, no se adjuntan en este documento, en el que se ha realizado un resumen de los mismos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/831 ===== ***

Nº de registro: 0831

Título
ANÁLISIS GLOBAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNA VISIÓN DIFERENTE

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0831

1. TÍTULO

ANÁLISIS GLOBAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNA VISIÓN DIFERENTE

CABALLERO ASENSIO RUTH, RANZ ANGULO DAVID, AYALA ALARCON BYRON, MATIA SANZ MARTA, FITENI MENA ISABEL, SEVIL PURAS MARIA, MARTINEZ ASENSIO SUSANA, GRACIA ASO NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Medicina Interna
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de atención domiciliaria permite atender en casa a los pacientes agudos en lugar de hacerlo en el hospital. Proporcionando una serie de ventajas de las que carece la hospitalización convencional. Sin embargo, se trata de un sistema complejo en el que intervienen diversos actores: pacientes, familiares, médicos, enfermeros y administración; cuyas necesidades o intereses pueden ser muy diferentes e incluso entrar en conflicto en algunas ocasiones.

Muchos pacientes necesitan tratamiento con fármacos vía parenteral (subcutánea o endovenosa), en una o varias dosis al día, gracias a diversos dispositivos (bombas elásticas y electrónicas). Una correcta adecuación de las necesidades terapéuticas de cada paciente en su propio domicilio y entorno, con visitas diarias del equipo sanitario, es fundamental para una atención global y eficiente. Aunque la organización habitual del servicio incluye una sola visita al día en el domicilio del paciente, ocasionalmente precisa varios desplazamientos del equipo por necesidad de medicación o complicaciones clínicas. Y para ello se dispone de turnos laborables de los sanitarios que forman el equipo, así como guardias localizadas por parte de enfermería. Todo ello teniendo en cuenta que en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD) del Hospital Royo Villanova se atienden más de 300 pacientes al año, con una dispersión de hasta 20km del hospital como área de cobertura.

Por ello, tras cuatro años desde que se fundó la Unidad, consideramos necesaria una revisión y valoración del funcionamiento de la misma, para encontrar puntos de mejora, y diseñar paquetes de medidas ajustados a las necesidades tanto de los pacientes como del equipo sanitario. Este proyecto propone realizar un análisis de este complejo sistema desde la perspectiva y mediante el empleo de herramientas del diseño social, como estrategia de búsqueda de oportunidades de mejora hacia alguno de los colectivos relacionados con el servicio de atención domiciliaria. El proyecto se plantea en colaboración con la Escuela de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de Zaragoza, dentro del programa ping.salud "Programa de incorporación de ingenier@s al sistema sanitario".

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto tiene dos objetivos principales. El primero identificar problemas del servicio en cualquiera de los momentos del proceso. El segundo es identificar oportunidades de nuevos conceptos de producto o servicio capaces de atender oportunidades y demandas de usuarios en estos nuevos contextos sociales.

Objetivo a largo plazo es el desarrollo de estos nuevos conceptos de producto o servicio a través de la realización de Trabajos Fin de Grado (TFG) o Trabajos Fin de Máster dentro del programa ping.salud.

MÉTODO

Reuniones de trabajo: Al menos una reunión bimensual del equipo de HAD y el equipo de Ingeniería. Reunión inicial para describir los objetivos generales. Resto de comunicaciones vía correo electrónico.
Formación para el equipo de ingeniería: reunión de 3 horas para informar sobre protocolos de la Unidad de HAD y su funcionamiento interno. Suministrar material escrito disponible en la Unidad.
Revisión por parte del Equipo de Ingeniería del material suministrado. Desarrollar un sistema de servicio, realizar un esquema que visualice todos los procesos de la unidad, describir todos los puntos de mejora y qué solución podría haber, incluyendo mejorar la experiencia del usuario. El análisis de un sistema de servicio de producto, siguiendo la metodología desing thinking.

INDICADORES

Indicadores:

- Identificar una lista de problemas de servicio a cualquiera de sus niveles de actuación, a través de entrevistas personales, encuestas a personal-pacientes-cuidadores; además de la evaluación de toda la información registrada.
- Número de propuestas de mejora.
- Seleccionar uno de ellos para profundizar en la búsqueda de mejoras, tanto como nuevos productos o servicios para la mejora de la calidad asistencial del paciente, como de la actividad del personal sanitario.
- Valoración de esas propuestas por parte del personal y de los pacientes.
- Desarrollo de nuevas propuestas de TFG.

Valoración de los resultados: evaluación a través de un cuestionario de las mejoras planteadas por los stakeholders implicados directamente en el servicio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0831

1. TÍTULO

ANÁLISIS GLOBAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNA VISIÓN DIFERENTE

DURACIÓN

El primer contacto con la escuela de Ingeniería se realizó en Septiembre de 2018. En febrero de 2019 se ha realizado la primera reunión informativa con el Equipo de Ingeniería. Durante el primer semestre del año, recogida de información, realización de encuestas iniciales de funcionamiento de servicio, reuniones bimensuales. Segundo semestre del año, análisis de toda la información y desarrollo del sistema de servicio, realización de encuestas de valoración y presentación de resultados.

OBSERVACIONES

Queda a decisión por parte del Equipo de Ingeniería el apartado/punto de mejora sobre el que realizarán el desarrollo de soluciones/productos.

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 - 2019/0496

1. TÍTULO

EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MATERIALES INFORMATIVOS PARA LA DISPONIBILIDAD DE LOS ELEMENTOS ADECUADOS A CADA TIPO DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANTONIA BERNAD USON
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H ROYO VILLANOVA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL
FRANCISCO SALAS RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Enero-Febrero 2019:

- Diseño de una base Excel para el registro de los datos de la vigilancia in situ diaria de aislamientos.
- Registro en la base Excel de los datos de los años 2017 y 2018, y análisis de los datos.
- Acuerdo con la Dirección de Enfermería para incluir el proyecto en el Acuerdo de Gestión del Servicio de Medicina Preventiva.

Marzo 2019:

- Elaboración de carteles para facilitar la preparación de los elementos necesarios para la implementación de las medidas recomendadas en cada caso: materiales que deben estar disponibles para la adopción de precauciones estándar y precauciones de transmisión por contacto, por gotas y por vía aérea; tipo de bolsa en función del residuo; envío a lavandería de ropa de pacientes en aislamiento.
- Diseño de una nota aclaratoria del uso de los carteles elaborados.
- Presentación de los carteles a la Dirección de Enfermería y los Supervisores de todas las Unidades del Hospital, en una reunión.
- Realización de sesiones formativas a cada una de las Unidades Hospitalarias, (enfermeras y auxiliares) para explicar las razones para la elaboración de los carteles y su adecuado uso, y resolución de dudas planteadas.

Abril 2019:

- Inicio de la utilización de los carteles en las Unidades.

Abril-Diciembre 2019:

- Recogida de datos e informatización.

Enero 2020:

- Análisis de los datos del periodo de estudio y comparativo con los de los años 2017 y 2018.
- Comunicación de los resultados y conclusiones en una sesión clínica hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultado de indicadores de seguimiento:

Estructura:

% Unidades Hospitalarias que disponen de todos los carteles: 100 %.

Proceso:

% Unidades Hospitalarias en las que se realizan sesiones formativas: 100 %.

% de días vigilados: 96,33% (porcentaje de días vigilados durante todo el año 2019).

Resultado:

% casos en los que se dispone de todos los elementos necesarios para implementar las medidas de precaución adecuadas: 93,79%.

En el análisis de las incidencias producidas en las distintas Unidades Hospitalarias durante los años 2017 y 2018, se obtuvieron los resultados que se exponen a continuación:

- durante el año 2017 se detectaron incidencias en el 11,93% de los casos (89 de 746), distribuyéndose por Unidades de la siguiente manera: 31 (34,83%) en Cirugía; 27 (30,34%) en Medicina Interna de la 3ª B; 10 (11,24%) en Neumología; 5 (5,62%) en Urología; 5 (5,62%) en Cardiología/Neurología; 4 (4,49%) en Medicina Interna de la 3ª A; 4 (4,49%) en Traumatología; 2 (2,25%) en la 4ª B; 1 (1,12%) en Urgencias/UCI.

- durante el año 2018 se detectaron incidencias en el 15,08% de los casos (214 de 1419), con la siguiente distribución por Unidades: 61 (28,51%) en Neumología; 35 (16,36%) en Traumatología; 32 (14,95%) en Medicina Interna de la 3ª A; 26 (12,15%) en Medicina Interna de la 3ª B; 23 (10,75%) en Urología; 15 (7,01%) en la 4ª B; 14 (6,54%) en Cardiología/Neurología; 6 (2,8%) en Cirugía; 2 (0,93%) en Urgencias/UCI.

Estos resultados confirmaron la percepción de la enfermera de Medicina Preventiva sobre el incremento de las incidencias en la preparación de los aislamientos, principal razón por la que se decidió la realización de este Proyecto para proporcionar medidas informativas de apoyo para la preparación y disponibilidad de los materiales adecuados para la preparación de los distintos tipos de aislamiento hospitalario.

Desde abril de 2019, cuando se implementaron las medidas descritas, se detectaron incidencias en el 6,21% de los casos (99 de 1593), con la siguiente distribución por Unidades: 23 (23,23%) en Neumología; 22 (22,22%) en Urología; 14 (14,14%) en Medicina Interna de la 3ª A; 14 (14,14%) en Medicina Interna de la 3ª B; 8 (8,08%) en Cardiología/Neurología; 6 (6,06%) en Traumatología; 5 (5,05%) en Urgencias/UCI; 4 (4,04%) en Cirugía; 3 (3,03%) en la 4ª B.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0496

1. TÍTULO

EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MATERIALES INFORMATIVOS PARA LA DISPONIBILIDAD DE LOS ELEMENTOS ADECUADOS A CADA TIPO DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Al realizar el análisis comparativo de los resultados de 2019 con los de los años 2017 y 2018, se observa:

- un incremento continuado en los días vigilados, con un 44,49% (109 de 245) en 2017; un 61,13% (151 de 247) en 2018; y un 96,33% (236 de 245) en 2019, alcanzándose por tanto en 2019 más del doble de días vigilados que en 2017.
- un incremento de los casos en los que se dispuso de todos los elementos necesarios para la implementación de las medidas de precaución adecuadas, con un 88,07% (657 de 746) en 2017; un 84,92% (1205 de 1419) en 2018; y un 93,79% (1494 de 1593) en 2019.
- una considerable disminución de las incidencias observadas, reduciéndose un 47,94% respecto a 2017 y un 58,82 en relación a 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El incremento de la vigilancia y la implementación de medidas correctivas y preventivas mejoran el porcentaje de casos en los que se dispone de todos los elementos necesarios para la adopción de las medidas de precaución adecuadas en cada caso.

La vigilancia y control de los aislamientos hospitalarios que realiza in situ diariamente la enfermera de Medicina Preventiva, es un sistema muy efectivo para la detección de incidencias y la implementación de medidas para solucionarlas y prevenirlas y, por tanto, contribuye de una manera fundamental a la prevención de la transmisión de gérmenes en el Hospital Royo Villanova.

Se ha demostrado, que el incremento de la vigilancia diariamente, ha hecho disminuir el número de incidencias ocurridas. El estudio del número de días vigilados en 2019 se ha duplicado con respecto al primer año observado (2017), y ha provocado un incremento inversamente proporcional (una reducción a la mitad) del número de incidencias observadas. Con lo que se concluye, que la educación para adoptar las medidas necesarias en cada tipo de aislamiento, que ejerce la enfermera de Medicina Preventiva en el personal es muy positiva y necesaria.

La enfermera de Medicina Preventiva juega un papel fundamental tanto en la educación al personal de nueva incorporación para una adecuada práctica del montaje de los aislamientos (la inestabilidad de personal en las Unidades hospitalarias, crea una rotación de personal eventual y es un factor que potencia errores) como en el refuerzo y afianzamiento de conocimientos previos en personal estable, ya que la enfermera de Medicina Preventiva ejerce un refuerzo positivo en el personal fijo que induce a corregir conceptos erróneos en cuanto a mecanismos de transmisión de gérmenes en el hospital.

Aunque los resultados han mejorado, continúa habiendo confusión entre la adopción de los materiales adecuados, fundamentalmente en las medidas recomendadas entre las precauciones de transmisión por gotas y por vía aérea, y en la utilización de mascarillas sin estar indicado en pacientes con precauciones de transmisión por contacto, por lo que es necesario continuar educando al personal.

Para conseguir una adecuada información a todas las personas (profesionales o familiares del paciente) que van a acceder a la habitación del paciente que tiene pautado el aislamiento, es muy importante la colocación de los carteles indicados por el Servicio de Medicina Preventiva.

Para asegurar la disponibilidad de los materiales necesarios, es fundamental revisar diariamente la cantidad de material disponible a la entrada de la habitación y proceder a su reposición cuando sea preciso.

Por todo ello, la vigilancia que realiza la enfermera de Medicina Preventiva por todas las Unidades Hospitalarias es importantísima para adoptar los materiales necesarios y las medidas adecuadas para cada tipo de aislamiento. Su presencia, la educación que ejerce, las correcciones y continuas soluciones a las dudas planteadas por el personal, contribuyen decisivamente a disminuir la aparición de incidencias.

La estabilidad de la plantilla, la disminución de la rotación del personal por los Servicios y una dotación de personal en cada Unidad Hospitalaria acorde a la carga de trabajo, unido a una formación continuada y la vigilancia diaria por todas las Unidades, son factores que, sin duda, mejoran la adecuada atención a los pacientes, incluyendo la adopción de medidas de precaución para la transmisión de gérmenes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/496 ===== ***

Nº de registro: 0496

Título
EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE MATERIALES INFORMATIVOS PARA LA DISPONIBILIDAD DE LOS ELEMENTOS ADECUADOS A CADA TIPO DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
BERNAD USON MARIA ANTONIA, FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, FRANCISCO SALAS RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0496

1. TÍTULO

EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MATERIALES INFORMATIVOS PARA LA DISPONIBILIDAD DE LOS ELEMENTOS ADECUADOS A CADA TIPO DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), anteriormente denominadas «nosocomiales» u «hospitalarias», se definen como aquéllas que se adquieren o desarrollan como consecuencia de la atención sanitaria y que no estaban presentes o incubándose en el momento de la admisión (a partir del 3er día de ingreso o tras las primeras 48 h). Incluyen las adquiridas en el lugar de la atención sanitaria que se presentan tras el alta, así como las ocupacionales, contraídas por los profesionales del centro.

El ámbito de estudio de las IRAS ha traspasado el marco hospitalario. Actualmente, se consideran IRAS a todas las infecciones que puede desarrollar el paciente como consecuencia de la asistencia recibida en el hospital o cualquier otro ámbito asistencial.

Las IRAS son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria, documentando los estudios realizados su relación con un incremento de la morbilidad y mortalidad.

Una elevada frecuencia de IRAS indica una deficiente calidad de la prestación de servicios de atención de salud y ocasiona costes evitables derivados de un incremento de uso de medicamentos, el aumento de resistencias a antimicrobianos, la adopción de medidas de aislamiento, o la realización de más estudios de laboratorio y otras pruebas diagnósticas, así como de la prolongación de la estancia hospitalaria.

Estos factores, unidos a la rotación de personal en las distintas Unidades de hospitalización, con el consiguiente riesgo de unas prácticas de control de la transmisión de la infección no adecuadas, pueden facilitar la transmisión de gérmenes en el medio hospitalario.

Para prevenir esta transmisión de gérmenes en el Hospital Royo Villanova se dispone de un sistema de vigilancia y control de los aislamientos, en el que la enfermera de Medicina Preventiva controla in situ diariamente el cumplimiento de las medidas de precaución pautadas por los facultativos de Medicina Preventiva, verificando el tipo de germen que ha motivado las citadas medidas y si son las adecuadas, y realizando las correcciones oportunas en caso necesario, llevando a cabo actividades educativas en las buenas prácticas para el personal.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivar la existencia de posibles deficiencias en la adopción de las medidas de precaución para evitar la transmisión de gérmenes recomendadas en cada caso, e implementar mecanismos que permitan conocer los elementos necesarios para adoptar las medidas de precaución correspondientes y su finalidad, para ubicarlos in situ a disposición de las personas que tienen que utilizarlos.

Facilitar al personal, el paciente y las visitas, el cumplimiento de las medidas adecuadas según el tipo de aislamiento.

Fomentar que las medidas recomendadas sean adoptadas en las distintas Unidades asistenciales del Hospital Royo Villanova.

MÉTODO

Diseño de una base de Excel para el registro de los datos de la vigilancia in situ diaria de aislamientos.

Elaboración de unos carteles para facilitar la preparación de los elementos necesarios para la implementación de las medidas recomendadas en cada caso: materiales que deben estar disponibles para la adopción de precauciones estándar y precauciones de transmisión por contacto, por gotas y por vía aérea; tipo de bolsa en función del residuo; envío a lavandería de ropa de pacientes en aislamiento.

Sesiones formativas para auxiliares de enfermería y enfermeras para explicar los carteles, y resolución de dudas que pudieran plantearse.

Recogida por Unidad asistencial de los errores objetivados tras a implementación de los carteles, e informatización en la base de datos.

Comunicación los resultados a las Unidades.

INDICADORES

Estructura:

- % de Unidades Hospitalarias que disponen de todos los carteles

Numerador: N° de Unidades en las que se dispone de todos los carteles x 100

Denominador: N° de Unidades

Proceso:

- % de Unidades Hospitalarias en las que se realizan sesiones formativas

Numerador: N° de Unidades en las que se han realizado sesiones formativas x 100

Denominador: N° de Unidades

- % de días vigilados

Numerador: N° de días que se ha realizado vigilancia x 100

Denominador: N° de días laborales

Resultado:

- % casos en los que se dispone de todos los elementos necesarios para implementar las medidas de precaución adecuadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0496

1. TÍTULO

EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MATERIALES INFORMATIVOS PARA LA DISPONIBILIDAD DE LOS ELEMENTOS ADECUADOS A CADA TIPO DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Numerador: N° casos con indicación de medidas basadas en la transmisión en que se disponía de todos los elementos necesarios x 100

Denominador: N° casos en que se han precisado precauciones basadas en la transmisión

- % incidencias por Unidad Hospitalaria

Numerador: N° de incidencias por Unidad x 100

Denominador: N° total de incidencias

DURACIÓN

Enero-febrero 2019: análisis de datos de 2017 y 2018.

Marzo 2019: diseño de carteles, presentación a Supervisores de Unidad y realización de sesiones formativas.

Abril 2019: inicio de utilización de carteles en las Unidades.

Abril-noviembre 2019: recogida de datos e informatización.

Diciembre 2019: análisis de datos y comunicación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA DE NUEVA CREACIÓN DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL EGEA GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANADON GALICIA EVA
JIMENEZ MILLAN VANESA
PARDOS VAL PILAR
SARRABLO IRANZO MIRIAM
PEREZ GIMENEZ LAURA
SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL
FERNANDO ALFONSO ELISA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De abril a junio de 2018, se hizo una búsqueda y revisión bibliográfica de material actualizado sobre los cuidados enfermeros a pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva (vmni) y monitorización respiratoria. En junio de 2018 se pone en común la información recabada por el grupo y se debate para consensuar qué cuidados se incluirán en el protocolo que se va a desarrollar, basándose en las evidencias científicas del momento. Entre septiembre y diciembre de 2018, se realiza el protocolo como tal, en el cual se incluye una hoja de registro rápido de los cuidados fundamentales de enfermería al paciente con vmni y monitorizado, dicha hoja será incluida y cumplimentada en la historia de enfermería de cada paciente que pase por las camas con monitor. En diciembre de 2018 se envía el protocolo al supervisor de enfermería y al jefe de servicio de neumología, dando ambos la aprobación al mismo. Enero 2019, se presenta el protocolo al resto del personal de enfermería del servicio de neumología y se pone en marcha. También se envía a la comisión de cuidados de enfermería del HRV. El 19 de febrero de 2019 es valorado por dicha comisión, que lo aprueba. Durante todo el año se fue haciendo un registro de los pacientes que pasaron por la unidad. En junio de 2019 se hizo la primera evaluación semestral de las historias de los pacientes que habían ingresado, buscando datos para valorar la aplicación del protocolo y los cuidados de enfermería que se realizaban. En enero de 2020 se hace la segunda evaluación semestral y se analizan todos los datos anuales para obtener unas conclusiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre los objetivos marcados por el grupo de trabajo, el principal era la elaboración de un protocolo de cuidados al paciente con monitorización respiratoria y vmni que garantizase la calidad y seguridad de los cuidados y facilitara el trabajo al personal. (el protocolo se elaboró, y fue aceptado por la comisión de cuidados de enfermería del hospital en febrero de 2019). Otro de los objetivos fue registrar al 100% de los pacientes que habían ingresado en las camas de monitorización, con el fin de hacer una revisión posterior de historias y ver si se seguía aplicando el protocolo. (entre el 28 de enero de 2019, que se puso en marcha el protocolo, hasta el 31 de diciembre de 2019 pasaron 45 pacientes por la unidad de monitorización). Y en último lugar nos propusimos revisar historias aleatoriamente para comprobar si el protocolo se estaba aplicando y para intentar evaluar cómo eran los cuidados realizados. En junio y diciembre de 2019 se hizo una evaluación de todas las historias de pacientes ingresados en cama de monitorización (al principio se planteó revisar sólo un número significativo de historias de forma aleatoria, pero finalmente se solicitaron todas). Se usó como indicador de que el protocolo se aplicaba, la presencia en la historia de enfermería de la hoja de registro rápido nombrada antes. Además para evaluar nuestros cuidados enfermeros decidimos fijar unos "marcadores clave" en el cuidado de los pacientes con vmni, que fueron:
- presencia /ausencia de úlcera por presión en el arco nasal, que es una de las complicaciones más frecuentes, a causa de la mascarilla nasal o buconasal
- aplicación de cuidados oculares con el fin de evitar conjuntivitis, por fuga de aire de la mascarilla hacia los ojos.
- la realización de la higiene bucal imprescindible en la vmni para mantener las mucosas hidratadas
- la comprobación de la integridad de la tubuladura, conexiones y buen funcionamiento del ventilador
Los resultados de dicha evaluación fueron los siguientes:
Por la unidad pasaron 45 pacientes entre el 28 de enero y el 31 de diciembre de 2019. Se recuperaron 42 historias, por motivos administrativos no se consiguieron las otras 3. De los 42 pacientes analizados que pasaron por monitorización respiratoria, 32 lo hicieron con vmni, y los otros 10: en 6 casos fueron pacientes portadores de oxígeno a altos flujos, en 2 casos se trató de pacientes monitorizados por otros motivos, y en 2 casos hubo que usar las camas debido a la gran presión asistencial del momento.
Con respecto a la evaluación de la aplicación del protocolo, de los 32 pacientes con vmni, 26 tenían la hoja

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA DE NUEVA CREACIÓN DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

de registro en la historia de enfermería (lo que supone un 81,25% de los pacientes)
Y sobre los cuidados aplicados, los resultados fueron:
De los 26 pacientes que tenían la hoja de registro cumplimentada:
23 NO presentaron úlcera en arco nasal (representa un 88,46%)
En 16 casos quedó registrado la realización de los cuidados oculares (representa un 61,53%)
22 pacientes realizaron la higiene bucal adecuadamente (el 84,61% de los pacientes)
Y en los 26 casos se había comprobado el buen estado de la tubuladura, conexiones y funcionamiento del ventilador (100% de los pacientes con vmni)
En el protocolo de cuidados de enfermería al paciente con vmni ingresado en las camas de monitorización respiratoria, nos pusimos como objetivo alcanzar un 75% de éxito en cada una de las actividades evaluada. Por lo que, salvo en el cuidado de los ojos, en el resto de actividades se ha superado dicho porcentaje.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En los últimos años se han ido desarrollando dentro de los servicios de Neumología áreas para el tratamiento y seguimiento de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o insuficiencia respiratoria crónica agudizada que no requieren ventilación mecánica invasiva (VMI) o ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Son las Unidades de Monitorización Respiratoria y las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) las responsables de que un alto porcentaje de pacientes se beneficien del tratamiento con ventilación mecánica no invasiva (VMNI)
Hasta abril de 2018, en el Hospital Royo Villanova (HRV) los pacientes con VMNI eran atendidos en distintos servicios por personal médico y de enfermería diversos. Se hizo necesario ubicar a estos pacientes en un lugar donde se le ofrecieran los cuidados especializados necesarios y se les controlara estrictamente. Por ello se creó la UMR en la Sección de Neumología del HRV.
El personal de enfermería consciente de que es fundamental ofrecer a estos pacientes respiratorios una atención especializada con el fin de conseguir una ventilación exitosa decide desarrollar un protocolo de enfermería, a la vez que registrar a todos los pacientes que pasen por la unidad con el fin de luego poder revisar la calidad de los cuidados ofertados.
A final de 2018 se realiza dicho protocolo y se comienza en 2019 con su aplicación.
En enero de 2020 hacemos la evaluación de nuestro trabajo y llegamos a las siguientes conclusiones:
- El protocolo se ha estado aplicando (en algunas historias de enfermería no se había incluido la hoja de registro pero esto no significa que no se estuviese aplicando, ya que a veces los datos se habían transcrito en las hojas de proceso de enfermería en vez de en la específica para ello)
- El uso del protocolo mejora la calidad de nuestros cuidados porque homogeneiza los mismos y evita olvidos.
- El protocolo facilita el trabajo de los profesionales, especialmente los de nueva incorporación.
Recomendaciones:
- El protocolo debe estar en continua reevaluación y modificación, al tratarse de una unidad de reciente creación, con aparataje y técnicas que se van renovando según las actualizaciones del momento.
- Dentro de los cuidados de enfermería deberíamos esforzarnos en mejorar el registro en general, y mejorar la realización /registro de los cuidados oculares en particular

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/390 ===== ***

Nº de registro: 0390

Título
PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
EGEA GONZALEZ RAQUEL, ANADON GALICIA EVA, JIMENEZ MILLAN VANESA, PARDOS VAL PILAR, SARRABLO IRANZO MIRIAM, PEREZ GIMENEZ LAURA, SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: no lo teníamos claro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA DE NUEVA CREACIÓN DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- la creación y puesta en marcha duran: la creación te el primer trimestre de 2018 de una nueva unidad de monitorización respiratoria a cargo del servicio de Neumología del hospital Royo Villanova conlleva la necesidad de aclarar y protocolizar los cuidados de enfermería específicos que requieren este tipo de pacientes, con el fin de conseguir el máximo bienestar del paciente durante su estancia en dicha unidad y a la vez rentabilizar los recursos de los que se dispone (especialmente cuando en el tratamiento con ventilación mecánica no invasiva,vmni, todos los fungibles:mascarillas,tubuladuras...suponen un alto coste económico)

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS:

1. ofrecer la máxima seguridad y los mejores cuidados evidenciados al paciente
2. homogeneizar los criterios de actuación de enfermería para aumentar la calidad asistencial
3. proporcionar una herramienta de trabajo en equipo que mejore la organización y planificación de los cuidados al paciente
4. rentabilizar los recursos disponibles.

MÉTODO

:1 -Revisión bibliográfica sobre cuidados enfermeros a pacientes con ventilación mecánica no invasiva y monitorizados .

2 -Reunión para puesta en común y debate.

3 -Realización de un protocolo,que desarrolle actividades que tengan la finalidad de :prevenir, disminuir o resolver las posibles complicaciones que conlleva la vmni.Entre dichas actividades se incluirán algunas más específicas como:-registro de parámetros fisiológicos (constantes vitales, nivel de consciencia, o uso de musculatura respiratoria.....) -registro de parámetros de intercambio gaseoso(gasometría,saturación...)-control y revisión periódica de todo el aparataje:principalmente para evitar fugas .
Además de todos los cuidados holísticos del paciente:físicos y psicológico

4 -Presentación del mismo ante la Comisión de Calidad del HRV

5-Presentación al resto del servicio.

6-Implementación del mismo 7-Facilitar el acceso a dicho protocolo al personal de nueva contratación

8-Distribución a otros servicios que aunque no dispongan de monitores sean candidatos de acoger pacientes con vmni

INDICADORES

-Registrar a los pacientes que pasen por la unidad de monitorización respiratoria

-semestralmente revisar las historias(elegidas aleatoriamente)de un porcentaje significativo de dichos pacientes y comprobar en los registros de enfermería la cumplimentación de las actividades incluidas en el protocolo

-Calcular nºde pacientes con protocolo aplicado /nº de pacientes ingresados en la UMRx100

DURACIÓN

abril-mayo 2018:revisión bibliográfica

junio 2018:reunión para puesta en común y consensuar los mejores cuidados basándanos en las evidencias científicas actuales

septiembre 2018:presentar el protocolo ante la comisión de calidad del HRV

octubre 2018:iniciar implementación del mismo

marzo 2019:realizar la primera revisión semestral de evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0190

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA POR LA ESTANDARIZACION DEL MATERIAL DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE VANESA JIMENEZ MILLAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRUGA PABLO MARIA ISABEL
BAQUEDANO CORTES CONSUELO
FABUEL ALCARRIA MARIA GEMMA
MAYORAL MORENO ISABEL NATALIA
RIVAS ANTOLIN MARIA CARMEN
FERNANDO ALFONSO ELISA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vez constituido el equipo de mejora se realizaron varias sesiones para su puesta en marcha, repartición de las actividades a desempeñar y designación de sus responsables.

El cumplimiento del calendario propuesto se ha visto modificado en algunas actividades debido a que en el periodo vacacional no estaba el personal fijo de la planta.

Las fechas y las actividades que se realizaron fueron las siguientes:

- Marzo de 2019:

? Elaboración de Encuestas Previas y entrega al personal de la unidad para conocer la opinión acerca de la reposición correcta y de la distribución del material de nuestros carros. La participación del personal de nuestra unidad fue de un 70% de enfermería y de un 63% de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

- Junio y Julio de 2019:

? Elaboración del Listado del Material necesario que tenía que tener cada carro. Estos listados incluyen el mismo material en cada uno de ellos. A pesar de que la configuración de dos de dichos carros es distinta, se ha conseguido que la distribución del material sea prácticamente igual en todos ellos. Se ha estandarizado también, no solo el contenido, sino la cantidad que tiene que haber de cada material. Se han incluido nuevos materiales atendiendo a las encuestas realizadas por el personal, y se han eliminado otros que no se utilizaban.

? Organización del material. Se han habilitado contenedores plásticos para que sean más prácticos a la hora de su limpieza y durabilidad. En ellos se han colocado etiquetas identificativas del material que contienen. Se han realizado adaptaciones en los carros para mejorar sus accesos, organizando en espacio y cantidad los materiales que se requieren habitualmente.

? Elaboración de Pósters. Se ha elaborado un póster para cada carro, en los que de forma gráfica se facilita la distribución de cada material. Estos están visibles en la pared al lado de cada carro correspondiente.

? Elaboración de Tablas de Listados. Se han colocado en cada carro para facilitar la accesibilidad de la información.

? Elaboración de una Hoja de Registro de Firmas. Se ha elaborado una hoja de registro de firmas por turno para que cada Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se haga responsable de la reposición de su carro. Queda también registrado, la falta de algún material para el conocimiento del Supervisor de Enfermería de la unidad.

- Septiembre de 2019:

? Presentación y puesta en marcha al personal de la planta del proyecto de mejora.

- Diciembre de 2019:

? Elaboración de una Encuesta Final y análisis de la consecución de los objetivos marcados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados han sido evaluados con el análisis de la Encuesta Final. El grado de participación ha sido alta, siendo de un 81% de enfermeras y de un 73% de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

La valoración del personal de la reposición correcta de los carros ha aumentado en el servicio un 22,5% siendo:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0190

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA POR LA ESTANDARIZACION DEL MATERIAL DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA

- Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería un 27% (de una nota previa de 6,6 a 8,8).
- Enfermería un 18% (de una nota previa de 7 a 8,9).

El grado de satisfacción de los carros ha aumentado en el servicio un 19,5 % siendo:

- Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería un 23% (de una nota previa de 6,5 a 8,8).
- Enfermería un 16% (de una nota previa de 7,2 a 8,9).

El 100% del personal cree que el material incluido actualmente en los carros es el adecuado.

El 90% del personal cree que los listados y los pósters favorecen la reposición y uso de los carros al personal de nueva incorporación.

El grado de cumplimentación de la hoja de registro por parte de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería ha sido de un 95%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias al proyecto de mejora de la estandarización del material de los carros de curas de nuestra unidad hemos conseguido facilitar la práctica asistencial y el trabajo diario. Se ha adecuado a nuestra unidad el material utilizado, además se han conseguido unificar los criterios para que haya el mismo material, pese a su distinta morfología, en los cuatro carros de los que disponemos.

Por un lado, el personal de enfermería, ha conseguido tener más accesible y mejor dispuesto el material.

Por otro lado, se ha facilitado la labor de reposición por parte de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, quedando protocolizado el material que debe haber en cada carro y su disposición.

Además, gracias a los listados y los pósters realizados, se ha facilitado notablemente el desempeño del trabajo del personal no habitual de la unidad.

La participación del personal de nuestra unidad en el proyecto ha sido muy alta mostrando gran implicación. Se ha mejorado la calidad del trabajo del personal, y se ha aumentando la seguridad clínica en beneficio del paciente hospitalizado en nuestro servicio.

Uno de los aspectos que ha quedado pendiente, es que se planteó en un principio la posibilidad de sustituir los dos carros más antiguos y deteriorados por otros nuevos para que fueran todos iguales, lo cual hubiera facilitado el desarrollo de nuestro proyecto. No ha sido posible por falta de presupuesto económico, por lo que se ha realizado el mantenimiento oportuno de cada uno de ellos.

7. OBSERVACIONES.

Por motivos personales la persona que inicialmente era responsable del proyecto decide renunciar, pasando a ser responsable otro integrante del equipo de mejora, con conocimiento y aprobación del Supervisor de Enfermería.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/190 ===== ***

Nº de registro: 0190

Título
PROYECTO DE MEJORA POR LA ESTANDARIZACION DEL MATERIAL DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA

Autores:
ROMERO PERULAN MARIA PILAR, ARRUGA PABLO MARIA ISABEL, BAQUEDANO CORTES CONSUELO, FABUEL ALCARRIA MARIA GEMMA, MAYORAL MORENO ISABEL NATALIA, RIVAS ANTOLIN MARIA CARMEN, FERNANDO ALFONSO ELISA MARIA, JIMENEZ MILLAN VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Profesionales de la planta de hospitalización de neumología
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0190

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA POR LA ESTANDARIZACION DEL MATERIAL DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA

Otro tipo Objetivos: Mejoría en la respuesta urgente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestra Unidad de Neumología disponemos de cuatro carros de curas, dos de ellos de nueva adquisición y otros dos de características similares, bastante más antiguos. Tras detectarse en algunas ocasiones la carencia de material en los carros ante situaciones de urgencia, se ha visto la necesidad de unificar criterios, a la hora de la reposición y organización de dichos carros. Se considera que éste proyecto aumentará la calidad asistencial mejorando la práctica clínica diaria. Además, la creación de listados de cada carro, facilitará el trabajo del personal de nueva incorporación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Estandarización del material del carro de curas en cuanto al contenido mínimo necesario y su disposición.
- Desarrollar un método de control que garantice la reposición efectiva por turno de los carros.

MÉTODO

- Todas las actividades serán puestas en común y reevaluadas periódicamente por el equipo de mejora.
- Se realizará una encuesta al personal acerca de la adecuada reposición de los carros, al inicio y a la finalización del proyecto.
- Presentación del proyecto a todos los integrantes de la unidad para su conocimiento y puesta en marcha.
- Elaboración de un póster para el cuarto de curas con el listado de material.
- Elaboración de una hoja de registro con check-list firmada por la técnico en cuidados auxiliares de enfermería en cada turno.

INDICADORES

- Aumento del grado de satisfacción del personal tras la estandarización de los carros.
- La evaluación se llevará a cabo mediante el análisis de la encuesta final.
- Grado de cumplimentación de la hoja de registro de las técnicas en cuidados auxiliares de enfermería.

DURACIÓN

Duración de febrero de 2019 a diciembre de 2019:

- Febrero de 2019: comienzo con la constitución del equipo de trabajo. Se realizarán varias sesiones para su puesta en común y diseño del proyecto.
- Marzo de 2019: elaboración y entrega de encuesta al personal de la unidad. Responsables: Pilar Romero y Vanesa Jiménez.
- Abril de 2019:
 - realización hoja de registro de firmas. Responsable: María Carmen Rivas y Consuelo Baquedano.
 - realización póster. Responsable: María Elisa Fernando, María Isabel Arruga y Vanesa Jiménez.
 - realización listado de los carros. Responsables: Isabel Natalia Mayoral, Pilar Romero, María Gemma Fabuel.
- Mayo de 2019:
 - presentación y puesta en marcha del proyecto al resto de la unidad. Responsable: Pilar Romero.
- Diciembre de 2019:
 - entrega de encuesta al personal. Responsable: María Isabel Arruga.
 - análisis de la consecución de los objetivos marcados. Responsables: todos los componentes del equipo

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 - 2019/0447

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN TRÍPTICO INFORMATIVO SOBRE LA REALIZACIÓN DE FIBROBRONCOSCOPIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE PALOMA CLAVERIA MARCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAZARO SIERRA JAVIER
GRACIA PEREZ JUAN CARLOS
GARCIA CLEMENTE MARIA
ANADON GALICIA EVA
CARRETERO GARCIA JOSE ANGEL
BOLDOVA LOSCERTALES ANA
BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se confeccionó un tríptico informativo en donde se aportaba información sobre el personal que realiza las broncoscopias, información sobre la prueba, su preparación para realizarla y también consejos para posibles efectos secundarios que pudiera tener el paciente una vez realizada la prueba. También aparece un breve consejo sobre la deshabitación tabáquica.

- Una vez que se confeccionó el tríptico se llevó a cabo una experiencia piloto con 10 pacientes para verificar su comprensión y presencia de errores.

Con el reporte de los pacientes confeccionamos el tríptico definitivo y lo repartimos a las consultas de neumología, oncología, hospital de día y en la planta de neumología. El personal de esas plantas lo debía entregar al paciente que se le va a realizar la broncoscopia.

- Se confecciona una encuesta de satisfacción para su entrega tras la realización de la broncoscopia. En dicha encuesta de satisfacción se cuestiona sobre la información recibida antes de la prueba y sobre la misma. El cuestionario se administró durante el mes de Abril, periodo en el que todavía no se entregaba el tríptico y, posteriormente, en el mes de Octubre. De esa forma pudimos comprobar el impacto que el tríptico tuvo sobre la satisfacción del paciente.

- La encuesta de satisfacción consiste en preguntas de respuesta múltiple y respuesta escala Likert a realizar una encuesta antes de la prueba y otra encuesta después de ella. Se realiza en hospital de día para pacientes ambulatorios y en planta a los pacientes ingresados y por el personal de enfermería que trabaja en dichos servicios.

- Los datos son almacenados en una hoja de Excel anotando los resultados de las encuestas que se les dan a los pacientes antes y después de la broncoscopia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se recogieron un total de 62 encuestas, de las cuales 45 (72,6%) correspondieron a hombres y con una edad media para toda la muestra de 67,5 años (DT 11,6).

- En el mes de abril se recogieron 26 encuestas de las 27 broncoscopias realizadas. De las cuales 21 (77,7%) correspondieron a hombres y con una edad media de 70,4 años (DT 9,4).

- En el mes de octubre se recogieron 35 encuestas con el tríptico entregado de las 35 broncoscopias realizadas

- $(N^{\circ}$ pacientes con tríptico entregado / N° fbc realizadas (entregado el tríptico) \times 100 (mayor del 80%) = $35/35 \times 100 = 100\%$). Sin embargo, tan sólo 14 pacientes recibieron el tríptico en la consulta por el médico que tenía que realizar la prueba: 14/35: 40%

- La satisfacción referida por los pacientes a los que se les había entregado el tríptico previo a la realización de la broncoscopia no mejoró significativamente (satisfacción medida por escala Likert 0 (peor) - 10 (mejor); en abril = 9 (DT 1,3); satisfacción octubre 9,4 (DT 1,4) estadísticamente significativa ($p < 0,05$) a favor del tríptico).

- Según las respuestas obtenidas en la encuesta realizada pudimos agrupar a los pacientes en función de cuando reconocían haber sido informados sobre la prueba:

o Previo a su realización (en la consulta en los pacientes encuestados sin haber entregado el tríptico (Abril) o a través del tríptico (Octubre))

o El mismo día de su realización (a través del personal que la va a realizar o a través del tríptico)

- Una de las preguntas cuestionaba el nivel de ansiedad ante la prueba. Cuando la información se realizaba verbalmente en la consulta, el nivel de ansiedad (puntuado en una escala Likert) fue inferior (3,5 (DT: 3,3) a aquellos que recibieron la información el mismo día de la prueba (5,6 (DT: 2,6) $p = 0,142$). Cuando la información se aportó a través del tríptico, no se apreciaron grandes diferencias entre ambos grupos (antes 4,3 (DT: 3,3) VS el mismo día 4,7 (DT: 3); $p = 0,731$).

- El grado de satisfacción con la información recibida también fue superior si la información se aportaba antes de la prueba (9,2 (DT: 1,2)) frente a realizarla el mismo día de la prueba (8,4 (DT: 1,1); $p = 0,135$). Si el medio utilizado para explicar la prueba fue el tríptico las diferencias fueron mucho menores (9,1 (DT:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0447

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN TRÍPTICO INFORMATIVO SOBRE LA REALIZACIÓN DE FIBROBRONCOSCOPIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

1,2) VS 9 (DT: 1,2); p=0,956).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El objetivo de este proyecto era entregar el tríptico en la consulta o la planta en el momento de su solicitud. Sin embargo, tan sólo se consiguió en 11 de los 35 pacientes. Este bajo índice de contestación junto con el bajo número de encuestas realizadas limita nuestros resultados. No obstante, aunque las diferencias no cumplen el criterio de significación estadística, muestran una tendencia que puede ser tenida en cuenta.
- Aportar información sobre la prueba realizada los días previos a su realización y por el médico que la prescribe reduce el nivel de ansiedad del paciente y aumenta sus conocimientos ante la broncoscopia.
- La entrega de la información en formato físico (tríptico), tanto previo a su realización como el mismo día de la fibrobroncoscopia mejora tanto la satisfacción como la ansiedad frente a la prueba.
- A la vista de estos resultados elaboramos las siguientes recomendaciones:
 - o Generalizar el uso de un tríptico con toda la información relativa a la realización de la broncoscopia.
 - o Para garantizar la administración del tríptico se plantean distintas opciones como son:
 - ? Que el paciente aporte directamente la solicitud de la prueba a la unidad de broncoscopias, momento en el que se entregue el tríptico.
 - ? El personal de enfermería de la unidad de broncoscopias verifique por vía telefónica la entrega del tríptico por parte de la enfermera que lleve al paciente ingresado.
 - ? El personal médico aporte el tríptico a la par que aporta los consentimientos informados de la prueba.
 - ? Remitir el tríptico en formato electrónico (en aquellos pacientes que dispongan del mismo).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/447 ===== ***

Nº de registro: 0447

Título
IMPLANTACION TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE LA REALIZACION DE FIBROBRONCOSCOPIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
CLAVERIA MARCO PALOMA, LAZARO SIERRA JAVIER, GRACIA PEREZ JUAN CARLOS, GARCIA CLEMENTE MARIA, ANADON GALICIA EVA, CARRETERO GARCIA JOSE ANGEL, BOLDOVA LOSCERTALES ANA, BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidades detectadas en la unidad: Hemos detectado que los pacientes vienen con un desconocimiento a cerca de la prueba que se les va a realizar.
Esta falta de información se detecta a la hora en que el paciente viene a realizarse la prueba a la Unidad de Neumología Intervencionista. El paciente acude nervioso y estresado, manifestando que no sabe para lo que viene, con muchas dudas incluso habiendo firmado consentimientos sin entender la prueba.
Para nosotros es importante conocer aspectos clave de la prueba para facilitarnos el trabajo y hacer la prueba mas tolerable al paciente. Es importante que el paciente conozca las fases de la prueba para que tenga menos ansiedad y le produzca menos stress.

Se persigue mejorar la calidad mediante la implantación del tríptico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0447

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN TRÍPTICO INFORMATIVO SOBRE LA REALIZACIÓN DE FIBROBRONCOSCOPIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar la información del paciente que acude a realizarse la fibrobroncoscopia.
Aumentar la satisfacción del paciente.
Facilitar la realización de la prueba.
Los servicios a los que va dirigido son:
Neumología Hospitalización planta 2B.
Neumología Consultas Monográficas.
Neumología Grande Covián.
Oncología Médica.

MÉTODO

Se confeccionará el tríptico informativo por parte de los componentes del proyecto. Dicho tríptico aportará información sobre el personal de la unidad, la propia prueba, la fase pre y post - prueba. Además, se añadirá un breve consejo sobre deshabitación tabáquica.
Una vez confeccionado el tríptico se llevará a cabo una experiencia piloto con 10 pacientes a los que los miembros de la unidad entregaran un ejemplar para detectar errores.
Con el reporte de los pacientes, se elaborará el tríptico definitivo. Se repartirán copias del mismo tanto al personal médico de Neumología y Oncología como a las enfermeras asignadas a dichos servicios. Se fija el 1 de mayo como fecha para iniciar la entrega del Tríptico a pacientes.
En el año 2018 se realizaron 318 broncoscopias en nuestro centro. Dado que no todas ellas fueron programadas y que el 80% proceden de Neumología se harán 275 copias que se repartirán por los distintos servicios.
En el caso de los pacientes ingresados, que son avisados por parte de la enfermera de la unidad, se recordará en ese momento que se administre el tríptico.
Paralelamente a la realización del tríptico se confeccionará una encuesta de satisfacción, la cual se validará en los mismos pacientes en los que se validará el tríptico.
Dicha encuesta se administrará en el Hospital de Día, el mismo día de la prueba tras su finalización y previo al alta hospitalaria en el caso de pacientes ambulatorios. En los pacientes ingresados se les administrará en planta. La satisfacción se evaluará durante un periodo de tiempo sin haber entregado los trípticos y se comparará con otro periodo de tiempo similar ya con la implantación del tríptico instaurada. La encuesta de satisfacción consistirá en preguntas de respuesta múltiple y respuesta escala Likert.
Los datos serán almacenados en un excel anotando los resultados de las encuestas que se le darán a los pacientes antes y después de la realización de la broncoscopia.

INDICADORES

En los meses señalados se contabilizará:
Nº pacientes con tríptico entregado / nº fbc realizadas x 100 (mayor del 80%)
Satisfacción en pacientes sometidos a broncoscopia sin tríptico
Satisfacción en pacientes sometidos a broncoscopia con tríptico. (Se entenderá como mejoría una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) a favor del tríptico).

DURACIÓN

Marzo 2019: diseño del tríptico y la encuesta de satisfacción.
Abril 2019: se administrará la encuesta de satisfacción.
Mayo 2019: se distribuirá el tríptico informativo.
Septiembre de 2019: se administrará nuevamente la misma encuesta.
Octubre 2019: análisis de los datos y redacción de la memoria.

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 - 2019/0448

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TÉCNICAS BRONCOSCÓPICAS Y PLEURALES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JAVIER LAZARO SIERRA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ROYO VILLANOVA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAVERIA MARCO PALOMA
GRACIA PEREZ JUAN CARLOS
PEREZ GIMENEZ LAURA
BOLDOVA LOSCERTALES ANA
SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL
ZUIL MARTIN MARCOS
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se llevaron a cabo las acciones indicadas en la memoria del proyecto (inclusión de los consentimientos informados de broncoscopia y sedación en el pdf del portal del sector 1, se recordó a los miembros de los distintos profesionales la obligatoriedad de firmar el consentimiento informado (CI) en el momento de la solicitud) a excepción de la sesión clínica (por encontrarse de baja laboral el ponente en el momento de su realización) y no se devolvieron los volantes que no estaban correctamente firmados. En la unidad, previo a la realización de cualquiera de las pruebas se verificaba que los consentimientos estuviesen debidamente firmados, de lo contrario se procedía a la entrega del consentimiento y firma tanto por paciente/familiar como por el médico que iba a realizar la prueba.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se pudo recoger información de un total de 284 broncoscopias con una edad media de 65,4 años (DT: 14,4) de los cuales 187 (65,8%) fueron hombres. El motivo de solicitud más frecuente fue la sospecha de una neoplasia en 154 casos (54,6%), seguido en 34 (12,1%) por el estudio de un proceso infeccioso. Dividimos las solicitudes en función del carácter de la prueba en: normal (227), preferente (46) y urgente (11). La demora de las primeras fue de 5,5 días (DT: 6,8), la de las segundas de 2,1 días (3,1) e inferior a 1 día en las urgentes.

El CI para la FBC (CIFBC) fue firmado con anterioridad en 139 (61,2%) de las pruebas solicitadas con carácter normal, en 26 (56,5%) de las preferentes y en 3 (27,3%) de las urgentes. El CI para la sedación (CISED) se firmó en 125 (55,1%) de las normales, 18 (39,1%) de las preferentes y en 3 (27,3%) de las urgentes.

Por servicios, el de neumología fue el que más veces envió el CIFBC correctamente rellenado en 138/220 (62,7%) el resto de servicios lo envió en 25/48 (52,1%). Finalmente las solicitudes procedentes de UCI-Urgencias lo habían rellenado en 5/16 ocasiones (31,2%). El CISED fue correctamente recibido en 128/220 (59%) del servicio de neumología, en 14/48 (29,2%) del resto de servicios y en 4/16 (25%) de UCI-Urgencias.

En cuanto a las técnicas pleurales se pudo recoger información de 202 técnicas pleurales de las cuales 151 (74,8%) fueron hombres, con una edad media de 68,9 años (DT: 18,5). El motivo de solicitud más frecuente fue el estudio de un derrame pleural (DP) con 137 solicitudes (74,1%). La demora en su realización fue de 2,3 días (DT 8,6) para las 159 solicitudes con carácter normal, 0,45 días (DT: 0,6) para las 20 solicitudes realizadas como preferente y 0 días para las 8 urgentes.

El CI para cualquier técnica pleural (CIPLE) fue firmado con anterioridad en tan sólo 19 ocasiones (11%), siendo en todas ellas procedentes del servicio de neumología y ninguna de otros servicios o del servicio de UCI-Urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En su conjunto la firma de los CI en neumología intervencionista, en especial en las técnicas pleurales, resulta deficitaria por parte del médico solicitante, derivando al médico realizador dicha tarea. Creemos que este es un problema ya que, aunque el CI siempre se firma por ambas partes, su lectura y comprensión plantean dudas más que evidentes (como se ha demostrado en el otro proyecto llevado a cabo en nuestra unidad).

Entendemos que las solicitudes urgentes y, en especial aquellas procedentes de la UCI con pacientes intubados, plantean un problema de difícil solución.

Por otro lado, la puesta en marcha de la interconsulta virtual hace que, en cada vez más ocasiones, los pacientes acudan a la realización de la prueba sin haber sido valorado por un neumólogo.

Se debería recordar desde la Dirección a los profesionales médicos la obligatoriedad de entregar el consentimiento informado al paciente y que lo traiga debidamente firmado en el momento de la prueba.

Dado que las citas se realizan telefónicamente se podría cuestionar sobre si le han entregado el CI y en caso negativo enviarlo telemáticamente.

Existe una discordancia entre las CIFBC y CISED. Dado que hoy en día todas las pruebas endoscópicas respiratorias se realizan bajo sedación ligera - moderada se debería realizar un nuevo consentimiento que aglutine la información de ambas técnicas.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0448

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TÉCNICAS BRONCOSCÓPICAS Y PLEURALES

*** ===== Resumen del proyecto 2019/448 ===== ***

Nº de registro: 0448

Título
ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TÉCNICAS BRONCOSCÓPICAS Y PLEURALES

Autores:
LAZARO SIERRA JAVIER, CLAVERIA MARCO PALOMA, GRACIA PEREZ JUAN CARLOS, PEREZ JIMENEZ LAURA, BOLDOVA LOSCERTALES ANA, SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL, ZUIL MARTIN MARCOS, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El consentimiento informado es una parte fundamental de la realización de cualquier prueba. Dicho documento informa al paciente de la prueba a la que se va a someter, aportando el conocimiento suficiente sobre sus complicaciones y le permite tomar una decisión adecuada sobre su realización. Dicha decisión debe ser meditada por el paciente o sus familiares antes de otorgar al médico su consentimiento.
Según la ley de Autonomía del paciente (Ley 41/2002) El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
En la misma Ley se ordena que el consentimiento informado debe conservarse en la historia clínica del paciente junto con el resto de documentación de la prueba en cuestión que lo ha motivado.
Creemos que dicho consentimiento debe ser administrado con una antelación suficiente y firmada tanto por el médico prescriptor como por el paciente o sus familiares. Este hecho, más allá de las posibles consecuencias legales para el sistema sanitario y el médico responsable, representa un objetivo básico de calidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer el cumplimiento del consentimiento informado en técnicas broncoscópicas.
Conocer el cumplimiento del consentimiento informado para sedación en técnicas broncoscópicas.
Conocer el cumplimiento de los consentimientos informados en técnicas pleurales.

Se excluyen los pacientes sometidos a una broncoscopia urgente o bien aquellos cuya solicitud procede de una Interconsulta Virtual de Neumología.

Los servicios a los que va dirigido son:
Neumología Hospitalización planta 2B
Neumología Consultas Monográficas
Neumología Grande Covián
Oncología Médica
Medicina Interna

MÉTODO
Las solicitudes para la realización de las técnicas broncoscópicas y pleurales llegan a la unidad de Neumología Intervencionista para su programación.
Se revisarán los pacientes sometidos a cualquiera de las dos técnicas entre Mayo y Octubre de 2018.
Actividades a llevar a cabo para la mejora en su cumplimiento:
• En el mes de Marzo se confeccionará una carta dirigida tanto al profesional médico de los principales servicios solicitantes (Neumología, Medicina Interna y Oncología).
• Se incluirán los consentimientos informados de broncoscopia y sedación en el pdf del portal del sector 1 donde se encuentra la hoja de solicitud de esta prueba.
• Se realizará una sesión clínica sobre el consentimiento informado el Jueves 9 de Mayo.
• Manteniéndose la fecha de realización de la técnica, se devolverá el volante de solicitud al médico que la solicitó para que firme correctamente el consentimiento informado.
Para comparar los resultados de esta intervención se revisará el cumplimiento en el mismo periodo del 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0448

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TÉCNICAS BRONCOSCÓPICAS Y PLEURALES

INDICADORES

Definimos como un consentimiento informado correcto el que viene firmado tanto por médico como por paciente y/o familiar.

Se confeccionará una base de datos donde se incluirán las variables: fecha de realización, fecha de solicitud, fecha de firma del consentimiento, tipo de prueba (urgente, programada o virtual), tipo de técnica (broncoscopia, toracocentésis), consentimiento informado firmado (si/no)

- Número de Consentimientos Informados de Broncoscopia / Número de Broncoscopias realizadas (>90%)
- Número de Consentimientos Informados de Sedación / Número de Broncoscopias realizadas (>80%)
- Número de Consentimientos Informados de Toracocentésis / Número de Toracocentésis realizadas (>90%)
- Número de Consentimientos Informados de Broncoscopia Presentes en la Historia Clínica / Número de Broncoscopias realizadas (>90%)
- Número de Consentimientos Informados de Sedación Presentes en la Historia Clínica / Número de Broncoscopias realizadas (>80%)
- Número de Consentimientos Informados de Toracocentésis Presentes en la Historia Clínica / Número de Toracocentésis realizadas (>90%)

DURACIÓN

Como se ha mencionado previamente el proyecto comenzará con la revisión de las historias de las técnicas realizadas entre Mayo y Octubre de 2018.

Durante el mes de Marzo de 2018 se redactará la carta para enviar a médicos y supervisores. Se fija el lunes 1 de Abril como fecha para su envío.

Entre el 1 de Mayo y el 31 de Octubre de 2019 se recogerán en la misma base de datos el cumplimiento de los consentimientos informados.

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 - 2019/0485

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN PRUEBAS FUNCIONALES DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ROBERTO CABESTRE GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAVERIA MARCO PALOMA
FERNANDEZ GAONA EVA
BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE
LOPEZ ROMERO LIDIA
EGEA GONZALEZ RAQUEL
GRACIA PEREZ JUAN CARLOS
BLECUA PIÑEIRO MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizada revisión bibliográfica según calendario, entre marzo y junio. Renovación de los procedimientos de Test de 6 minutos marcha, Espirometría simple y prueba broncodilatadora, Medición de la capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO), entre septiembre y diciembre de 2019, pendiente de su difusión en la unidad y de su presentación para aprobación por parte de la Comisión de Cuidados de enfermería como Procedimientos. Renovado e implantado, desde septiembre de 2019, registro de limpieza y desinfección de material, tanto en bronoscopias como en pruebas funcionales respiratorias, tras establecer nuevos procedimientos de limpieza y desinfección del material: procedimiento de lavado de carcassas de inhaladores presurizados, actualización del procedimiento de lavado manual del fibrobronoscopio. Pendientes de presentación en sesión clínica. Quedan pendientes, además, la realización del procedimiento de realización de la prueba de provocación bronquial con Metacolina y el procedimientos de determinación de los volúmenes pulmonares. Toracocentesis y bronoscopias se abordan desde el grupo de intervencionismo respiratorio, por lo que no los tocamos en este proyecto.
Para realizar todo lo que nos queda pendiente, planificamos continuar este proyecto de mejora durante el año 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Está pendiente la presentación de los procedimientos terminados a la comisión correspondiente para su aprobación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesario disponer de un tiempo de trabajo dedicado a la revisión bibliográfica y a la redacción de los procedimientos, que excede del que se puede dedicar en la jornada de trabajo ordinaria. La estandarización y el registro mejora la práctica diaria y reduce la variabilidad de los resultados de las pruebas realizadas. Se ha realizado un gran esfuerzo por parte del equipo y se han mejorado procesos, lo que redundará en una mayor seguridad del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/485 ===== ***

Nº de registro: 0485

Título
ACTUALIZACION DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN PRUEBAS FUNCIONALES DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
CABESTRE GARCIA ROBERTO, CLAVERIA MARCO PALOMA, FERNANDEZ GAONA EVA, BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE, LOPEZ ROMERO LIDIA, EGEA GONZALEZ RAQUEL, GRACIA PEREZ JUAN CARLOS, BLECUA PIÑEIRO MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0485

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN PRUEBAS FUNCIONALES DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad de actualización de procedimientos desfasados o inexistentes en las Pruebas Funcionales de Neumología del Hospital Royo Villanova. Se hace necesaria una estandarización de estos procedimientos de cara a mejorar la calidad de asistencia a nuestros pacientes. La estandarización facilita, además, la formación de nuevo personal y la realización de sustituciones puntuales de estos puestos por parte de personal menos entrenado en estas técnicas.

RESULTADOS ESPERADOS

El tener unos procedimientos actualizados es un punto más de calidad dentro de los servicios en los que se realizan técnicas tan específicas como estas. Por otra parte, son procedimientos con unos consensos claramente definidos y establecidos por las sociedades científicas en sus manuales de procedimientos, que es necesario conocer y respetar para mejorar la calidad tanto de la asistencia, como de los resultados de las pruebas.

MÉTODO

Revisión bibliográfica
Elaboración de los procedimientos
Realización de Sesión Clínica
Tramitación de la aprobación a Comité de Cuidados de Enfermería

INDICADORES

Presentación de los procedimientos a Comisión de cuidados

DURACIÓN

Entre marzo y agosto de 2019 revisión de la bibliografía y actualización de los procedimientos de: Espirometría, Prueba de Difusión, Test de 6min Marcha, Prueba de provocación con Metacolina, Volúmenes Pulmonares, Circuito de Limpieza de material (Broncoscopia y pruebas respiratorias), Toracocentesis, Broncoscopia...
Entre septiembre y noviembre de 2019 presentación de los procedimientos, mediante sesión clínica de unidad.
Solicitud de aprobación de los procedimientos a través de Comisión de Cuidados de Enfermería.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0486

1. TÍTULO

CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Fecha de entrada: 18/02/2020

2. RESPONSABLE LIDIA LOPEZ ROMERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ GAONA EVA
BOLDOVA LOSCERTALES ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha implantado la consulta telefónica, comenzando con los miércoles con 6 pacientes y ha habido que incrementar a 2 pacientes más los viernes. En total unos 8 pacientes por semana.
Hay introducidos en programa unos 25 pacientes a los que se les hace seguimiento mensual (hay casos que requieren control semanal durante un tiempo) durante 7 meses, momento en el que pasan a trimestral.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejora en el control de los síntomas de la enfermedad y, sobre todo, de los efectos adversos. Alta satisfacción de los usuarios con el servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesario más tiempo para poder realizar una valoración más exhaustiva, este primer periodo ha sido bastante satisfactorio, tanto para el personal implicado en su desarrollo, como para los pacientes incluidos.
Seguramente se precisará aumentar el tiempo dedicado a esta patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/486 ===== ***

Nº de registro: 0486

Título
CONSULTA TELEFONICA DE ENFERMERIA PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA

Autores:
LOPEZ ROMERO LIDIA, FERNANDEZ GAONA EVA, BOLDOVA LOSCERTALES ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad de la Unidad: seguimiento de pacientes con fibrosis pulmonar tras iniciar tratamiento con antifibróticos.

Partimos de que actualmente no existe ninguna actuación por parte de Enfermería hacia estos pacientes. Ante la implantación del tratamiento se pueden producir diferentes efectos secundarios que les haga acudir de nuevo a su médico de familia o inclusive a un Servicio de Urgencias. Estos tratamientos son agresivos y pueden empeorar la salud del paciente.

Se pretende, mediante el sistema de llamadas telefónicas, poder anticiparnos y controlar los efectos secundarios de ciertos tratamientos y así evitar utilizar otros recursos sanitarios más costosos y perjudiciales para el paciente y además si fuera necesario, hacer que estos pacientes sean vistos lo más rápidamente posible por su especialista.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0486

1. TÍTULO

CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera mejorar la relación paciente-enfermera con un mejor control de la enfermedad y su tratamiento procurando el bienestar físico y psíquico del paciente mediante actuaciones sobre nutrición, recomendaciones dietéticas y una correcta información.

La población diana serán pacientes que inician tratamiento con antifibróticos y se realizarán llamadas telefónicas desde el Servicio de Neumología de Consultas Externas del Hospital Royo Villanova.

MÉTODO

Dos horas de llamadas telefónicas los miércoles de 10 a 12 aproximadamente, se estima posible atender a 5 o 6 pacientes, ajustándolo más adelante según desarrollo y necesidades.

INDICADORES

Nº DE PACIENTES Y Nº DE CONSULTAS POR PACIENTE

DURACIÓN

Se iniciará los miércoles durante dos horas, empezando el mes de abril del 2019 y no se tiene previsto anularlo salvo efectos ineficaces.

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 - 2019/0488

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE LA UNIDAD DE DESHABITUACION TABAQUICA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BRUNA LAGUNAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABESTRE GARCIA ROBERTO
BOLDOVA LOSCERTALES ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A pesar de tener elaborado el tríptico, se ha postpuesto su divulgación, para coincidir con el envío de una carta informativa a todo el personal del hospital sobre las futuras medidas a tomar si no se cumple la normativa vigente. (Ley 42/2010)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendientes de valoración

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendientes de valoración

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/488 ===== ***

Nº de registro: 0488

Título
TRIPTICO INFORMATIVO DE LA UNIDAD DE DESHABITUACION TABAQUICA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE, CABESTRE GARCIA ROBERTO, BOLDOVA LOSCERTALES ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El tabaco es uno de los mayores problemas de salud pública al que se ha tenido que enfrentar la humanidad.

El consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad y muerte evitable en nuestro país.

Ocasiona 50.000 muertes al año y representa 13% de muertes/año.

El hospital es un lugar idóneo para dejar de fumar, ya que el sujeto está alejado de situaciones y lugares que habitualmente asocia con el consumo. Además está acompañado de profesionales que le pueden ayudar a mantenerse sin fumar y en un ambiente donde priman las actividades saludables.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la captación de fumadores disonantes, aprovechando el momento propicio que supone el ingreso hospitalario.

- Dar a conocer la Unidad de Deshabituación Tabáquica (UDT), y favorecer la deshabituación de los pacientes ingresados que lo deseen, y que cumplan con los criterios de inclusión.

- Incidir en el personal trabajador y fumador del hospital, de la importancia y beneficio que supondría su deshabituación tabáquica.

MÉTODO

- Informar al personal sanitario de las formas de derivación de los pacientes, y criterios de inclusión de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0488

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE LA UNIDAD DE DESHABITUACION TABAQUICA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

los mismos.

- Repartir tríptico a los pacientes EPOC-fumadores al ingreso.
- Repartir tríptico al personal trabajador del hospital junto con su contrato.

INDICADORES

- N° de pacientes EPOC -fumadores hospitalizados vistos en UDT
- N° de trabajadores de hospital vistos en UDT

DURACIÓN

Mes Marzo /2019 elaboración del tríptico.

Mes de Abril y Mayo difusión en planta de neumología por parte del personal de enfermería junto a la realización de la hoja de valoración al ingreso.

Mayo: Charla informativa personal trabajador del H.R.V.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0499

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE MARCOS ZUIL MARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROSELL ABOS MARIA TERESA
CLAVERIA MARCO PALOMA
BLASCO SATUE ALICIA
REMON GARIJO MARIA LOTO
MARQUEZ MEDINA DIEGO
FERNANDEZ GAONA EVA
PEREZ GIMENEZ LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Mayo-Diciembre 2019: Recopilación de actividades de Interconsulta Virtual con Servicios integrados en ella (Atención Primaria de Área Sanitaria):
· Total interconsultas virtuales: año 2019 (A19): 1828
· Interconsultas sobre posible Cáncer de Pulmón: 69 (3,77%)
· Tiempo estimado hasta primera llamada a telefónica a paciente: 1,9 días
· Estadificación diagnóstica:
o Falsos positivos o nódulos en seguimiento: 47 (68,1%)
o Estadio I-II: 9 (13,0%)
o Estadio III-IV: 13 (18,8%)
· Tiempo estimado de ahorro en primera fase de estadificación: 14+3 días
· Requerimientos no programados demandados por pacientes:
o Nueva llamada de teléfono: 11 (15,9%)
o Atención presencial: 7 (10,1%)
- Mayo-Diciembre 2019: Creación y desarrollo de protocolo de actuación, en coordinación con Servicios implicados, sobre pacientes remitidos vía Interconsulta Virtual con sospecha de posible Cáncer de Pulmón. Este protocolo ha sufrido las modificaciones, atendiendo a las necesidades objetivadas en los pacientes. La más llamativa, la necesidad de una consulta de presencia física programada añadida, a pesar de reconocer, por parte de los pacientes, el dinamismo y celeridad experimentados en el proceso de estadificación.
- Enero-Febrero 2020: Explicación de protocolo a profesionales implicados subsidiarios de Interconsulta Virtual (Atención Primaria). La información se ha difundido a los Facultativos de Salud, estableciéndose, en la actualidad un 92,7% de casos ya solicitados desde Atención Primaria, a través de este protocolo. A nivel Internacional se ha remitido parte del estudio al Congreso Europeo de Patología Respiratoria (Viena, ERS Congress 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desarrollo de protocolo de actuación de pacientes remitidos Vía Interconsulta Virtual, en colaboración con Servicios implicados. Este hecho ha permitido desarrollar un protocolo, que también se está empezando a aplicar (con las modificaciones oportunas) a aquellos pacientes procedentes de otros Servicios que no pueden solicitar, en este momento, la Interconsulta, vía Virtual

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implementación del servicio de consulta electrónica en el proceso de estadificación del Cáncer de pulmón reduce los tiempos de espera para los pacientes y conduce a un ahorro general de costes, pero se deben planificar actividades o reuniones adicionales (información de salud para pacientes ambulatorios) debido a la alta demanda emocional de estos pacientes.
Por tanto, la atención no sólo debe de estar centrada en la gestión de los tiempos del caso tumoral (que el paciente agradece), sino, también, en la atención personal del paciente (que llega a demandar una consulta presencial añadida a la programada).
Recomendaciones: con las modificaciones establecidas, de acuerdo a los resultados obtenidos a lo largo del estudio, se recomienda potenciar la Vía de la Interconsulta Virtual para todos los pacientes afectados de patología tumoral, como sistema de primer acceso a la atención especializada, flexibilizando el protocolo, según el tipo de demanda solicitada por el paciente (petición de consulta añadida a la establecida) o la evolución clínica del caso.

7. OBSERVACIONES.

Disponemos (formato PDF) del protocolo diseñado (formato figura) y copia de encabezado de comunicación remitida al Congreso Europeo de Patología Respiratoria

*** ===== Resumen del proyecto 2019/499 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0499

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL

Nº de registro: 0499

Título
DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL

Autores:
ZUIL MARTIN MARCOS, ROSELL ABOS MARIA TERESA, CLAVERIA MARCO PALOMA, BLASCO SATUE ALICIA, REMON GARIJO MARIA LOTO, MARQUEZ MEDINA DIEGO, FERNANDEZ GAONA EVA, PEREZ GIMENEZ LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cáncer de pulmón es el tumor más importante, como causa de muerte, en varones y mujeres, conjuntamente. Continúa siendo un problema de salud pública de primer orden. El presente y futuro de la actuación frente al cáncer de pulmón es el logro de un diagnóstico precoz. Sin embargo, una vez establecido el diagnóstico de sospecha, existe un elevado número de pruebas y consultas a las que el paciente debe someterse hasta el inicio del tratamiento. Este periodo, sobre todo, en aquellos pacientes remitidos desde Atención Primaria, corre el riesgo de prolongarse en exceso por una coordinación deficiente entre Servicios, pero, también, por un solapamiento de solicitudes y consultas que genera periodos de tiempo excesivamente amplios. Ello suele producir un cuadro de gran incertidumbre en el paciente y su entorno, ya de por sí incrementado ante la sospecha de una posible neoplasia.
Al disponer nuestro Servicio de un sistema de Interconsulta Virtual con los Facultativos de Atención Primaria de nuestro Área, proponemos utilizar este sistema para reducir el tiempo de espera diagnóstica de aquellos pacientes con sospecha de cáncer de pulmón remitidos desde Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de un protocolo de actuación que reduzca la demora diagnóstica y de inicio de tratamiento, en pacientes con sospecha de cáncer de pulmón remitidos desde Atención Primaria, vía Interconsulta Virtual.

MÉTODO
Desde la recepción de la Interconsulta Virtual en la Unidad de Neumología, el paciente sería remitido directamente a la realización de las diferentes pruebas, para lograr el diagnóstico y estadificación del cáncer de pulmón, logrando reducir el número de pasos intermedios y de consultas a las que asistir. Las pruebas se coordinarían con el paciente o su entorno, vía telefónica, lográndose que sólo acudiera a la Consulta de Neumología, para ser informado del diagnóstico final, estadificación y opciones de tratamiento. Esta coordinación virtual también permitiría concertar con el paciente o su entorno, si así fuera necesario, cualquier entrevista, al margen del ritmo de petición de pruebas, para recibir información o resolver aquellas dudas que pudieran surgir a lo largo del proceso de diagnóstico.
Por tanto, no se pretende actuar sobre el diagnóstico precoz del cáncer de pulmón, pero sí lograr una reducción en el tiempo de espera diagnóstica.

INDICADORES
Indicador principal: creación de un protocolo, entre diferentes Servicios, para la coordinación virtual, sin necesidad de citaciones en consultas tradicionales, de pruebas diagnósticas, desde la recepción de petición de Interconsulta Virtual, procedente de Atención Primaria, hasta la valoración final en el Comité de Tumores, generando un circuito diagnóstico más sencillo, eficiente y accesible.

DURACIÓN
Cronograma:
a. Mayo 2019- diciembre 2019: desarrollo del protocolo y valoración de déficits y mejoras
b. Enero-febrero 2020: Difusión en plataformas del Sector Sanitario

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0499

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0071

1. TÍTULO

PROCOLO DE PUNCION LUMBAR DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ALBA VELAZQUEZ BENITO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LATORRE JIMENEZ ANA MARIA
CAMPELLO MORER ISABEL
GIMENEZ MUÑOZ ALVARO
RIOS GOMEZ CONSUELO
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer trimestre del año 2019 se realizó un documento en el que se incluían: la descripción de la técnica para realizar una punción lumbar; los materiales necesarios para ello; las indicaciones principales de esta técnica y las precauciones a seguir tanto antes como después de la misma.
Este documento ha sido revisado por el servicio de neurología, aunque como se explicó en la solicitud del proyecto, es una técnica que se lleva a cabo en otros servicios hospitalarios.
Además se ha adaptado al modelo establecido en nuestro sector para la elaboración de protocolos hospitalarios.
En el momento de redacción de esta memoria dicho protocolo (bajo el título de PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DE PUNCIÓN LUMBAR DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA) está pendiente de corrección por la Unidad de Calidad del Hospital Royo Villanova, con la intención de que pueda estar incluido en la Intranet del Sector I y así disponible para el resto de servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de un documento que recoja las características técnicas e indicaciones principales de la punción lumbar.
Revisión de dicho documento por el servicio de neurología del Hospital Royo Villanova, siendo accesible para todos sus miembros.
Remisión de dicho documento a la Unidad de Calidad del Hospital Royo Villanova y a su vez solicitud de valoración por parte de la Comisión de Evaluación de Tecnología y de la Práctica Asistencial

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La redacción de un documento sobre las características técnicas e indicaciones de una prueba (en este caso la punción lumbar) simplifica la asistencia médica y reduce los posibles riesgos. Esto se consigue ya que se recogen de forma clara las principales indicaciones, el material utilizado y los cuidados necesarios a seguir tras la técnica.

7. OBSERVACIONES.

Queda pendiente que se añada a la documentación accesible en la sección de protocolos de la Intranet del Sector I

*** ===== Resumen del proyecto 2019/71 ===== ***

Nº de registro: 0071

Título
PROCOLO DE PUNCION LUMBAR DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
VELAZQUEZ BENITO ALBA, LATORRE JIMENEZ ANA MARIA, CAMPELLO MORER ISABEL, GIMENEZ MUÑOZ ALVARO, RIOS GOMEZ CONSUELO, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

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

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0071

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PUNCION LUMBAR DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La punción lumbar es una técnica frecuente tanto en el ámbito de urgencias como a nivel hospitalario, que se realiza ante la sospecha de diversas enfermedades neurológicas (entre ellas infecciosas, inflamatorias, autoinmunes, infiltración de neoplasias hematológicas, aumento o descenso de presión intracraneal, sospecha de hemorragia subaracnoidea). Es llevada a cabo tanto por facultativos del servicio de urgencias como de otras especialidades médicas, siendo una técnica frecuente en el servicio de neurología. Se indica tanto en pacientes con ingresos urgentes como en pacientes atendidos en consultas externas.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un protocolo de punción lumbar, en el que se recojan las principales indicaciones de esta técnica, la descripción de la misma, el material necesario así como las contraindicaciones y principales riesgos asociados. Disposición tanto del servicio de neurología como de los demás servicios del hospital de este protocolo, para poder consultarlo cuando sea necesario.

MÉTODO

Redactar el protocolo de acuerdo a los indicadores del Servicio de Calidad del hospital Royo Villanova. Revisión del mismo por el Grupo de Calidad del servicio de neurología. Publicación de dicho protocolo en Intranet del Sector I para su difusión.

INDICADORES

Difusión del protocolo en el servicio de Neurología (tanto a nivel hospitalario como en consultas externas) Publicación de dicho protocolo en Intranet del Sector I para su difusión.

DURACIÓN

Finalización del documento antes de 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 - 2019/0267

1. TÍTULO

TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES DE CIRUGIA BARIATRICA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN MANUEL BERNAD POLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LASHERAS LOPEZ MARIA ENCARNACION
MARGOLLES GARETA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se inició psicoterapia en formato de Grupo de Terapia Operativo. A todas las personas derivadas de Psicopatología, se les pasaron dos cuestionarios de relación y algunos tests proyectivos gráficos, que se tomarán como contraste de evolución después de pasar por la experiencia grupal de un año de duración, ampliable a dos. Se ha admitido a todos, una persona ha decidido retirarse antes de empezar, se incorporó otra, empezaron 8 personas entre 40 y 63 años, 6 mujeres y 2 hombres. A esta primera experiencia le llamamos "Grupo de Sensibilización". Programamos 13 sesiones, incluidas la de presentación 11 de abril y la de evaluación 11 de julio. Se realizaron todas las programadas los jueves de 13:15 a 14:30h. El número de ausencias fue de 2 personas promedio por sesión. (Dos de ellas vivían a más de 100kms del hospital.). Respecto al encuadre valoramos en qué medida esta experiencia les permite un trabajo más prolongado que pueda ayudar a sufrir menos corporal y psicológicamente.

- Aportar información sobre hábitos saludables.
- Ver las relaciones entre lo somático y lo psicológico.
- Clarificar el objetivo:

A: ¿Hay deseo de trabajar psicológicamente las dificultades que se tienen?

B: Prevención de Cirugía Bariátrica y Discriminación de lo que la CB puede dar y puede perjudicar.

C: Confrontar realísticamente el narcisismo, muchas expectativas, idealización y odio hacia uno mismo.-¿Por qué nos dejan fuera? Actitud contrafóbica, lo que me da miedo.

El 19 de septiembre reanudamos nuestra tarea y al grupo se incorporan un hombre de 53 años, operado de CB y dos mujeres en lista de espera. El grupo sigue siendo de 8 personas aunque tres se tendrán que ir integrando.

Tenemos programadas 30 sesiones hasta abril del 2020 donde pretendemos trabajar con más compromiso.

Hasta el 1 de enero del 2020 hemos realizado 15 sesiones con el mismo encuadre, una de las personas nuevas ha dejado el grupo en la 5ª sesión (por incompatibilidad horaria), otra muestra poco compromiso en el sentido de que tiene varias ausencias, y no parece tener claro para qué viene. Los cinco miembros del grupo inicial y el hombre de nueva incorporación acuden habitualmente a las sesiones, el número de ausencias es de 1 por sesión semanal. El grupo será de 7.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al terminar la experiencia que denominados como grupo de sensibilización nos informan que una de las dos personas que viven lejos se ha contratado para un trabajo de jornada completa (operada de Crohn) y no continuará, otra persona operada de cirugía bariátrica deja el grupo porque le resulta complicado el traslado de forma continua, y una tercera que estaba en lista de espera para operar, decide entrar en un proceso formativo para optar a un trabajo diferente al que tenía,

A continuación resumimos los resultados de la evaluación del equipo psicoterapéutico durante el último cuatrimestre de 2019:

Durante las primeras cuatro sesiones se vuelve a traer el problema con la comida, esperando que alguien lo resuelva, se trabajó la idea de que el problema de la comida tiene que ver con otros aspectos como ¿Qué significa ser gordo en las relaciones personales? Y La pérdida, yo no siempre fui gordo, yo llevaba una vida feliz hasta que fui gordo.

En la quinta sesión empiezan a traer lo relacional, lo psicológico, el sentimiento de vacío, el quedarse sola, la relación con la pareja.

En la sexta el grupo trae la relación con las madres. Al relacionar las madres con la obesidad ya empiezan a pensar en términos psicológicos relacionales, pero les es más fácil hablar de la comida que de las cosas relacionales como los conflictos de pareja.

En las sesiones siguientes se sigue trabajando con el significado de "Ser Gordo "y sale la relación con el rechazo, la culpa, la vergüenza.

Aparece el reproche a las madres, a las parejas y a los profesionales.

Ellos tímidamente han empezado a hablar de algunos problemas afectivos, parejas, madres, amigos y quizás se preguntan si en este grupo se puede hablar de estas cosas y se puede profundizar, el que lo digan de tapadillo quizás es que piensan que solo se puede hablar de comida. Se trata de que vayan mentalizando ciertos problemas o conflictos que luego se manifiestan en el plano de la comida.

En las sesiones 9 y 10 observamos resistencias a la tarea y al encuadre por parte de los nuevos mediante la monopolización de la palabra que tuvimos que señalar al grupo.

Se compartieron situaciones muy dolorosas que parecía que no se podían escuchar, ni recibir, creando una atmósfera de descuido que impedía profundizar en las cosas que producen sufrimiento. Como si el grupo todavía no puede cuidar al Otro.

En las sesiones 11 y 12 se habló de sexualidad y otras cuestiones íntimas de forma descarnada por dos miembros y el grupo parece que no se molestara, se inhibió. El grupo tiene un problema, se dicen cosas que merecerían prestarles más atención y no se escuchan, mientras que se deja monopolizar por cosas de menor importancia Las sesiones 13,14 y 15 están muy centradas en la situación de baja, alta y reivindicación laboral de un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0267

1. TÍTULO

TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES DE CIRUGIA BARIATRICA

miembro que usa al grupo de manera utilitaria. También se van dando a conocer en la relación con sus parejas, padres hermanos.
Todavía muestran muchas precauciones en meterse en la vida del otro. Se escuchan pero no se preguntan unos a otros, como si no hubiera curiosidad sobre lo que le pasa al otro.
Parece que el grupo sirviera para quejarse y les cuesta vincular la relación de su estado de ánimo, con la comida y con la relación afectiva.
De los temas que se irradian vemos la mala relación con los hermanos que tiene que ver con el aquí y ahora del grupo. La integración de las personas nuevas no se ha realizado completamente y es conveniente aclarar el tipo de relación que van a tener con el grupo.
Parte del grupo ya está trabajando a nivel relacional y psicológico, sorprende que no plantee nadie el tema de la pérdida de peso.
Finalmente conviene destacar que en este proceso grupal una mujer se despidió de un trabajo que le hacía enfermar y se contrató en otro que le resulta más saludable y no ha tenido ninguna baja en estos cuatro meses.
De las dos pacientes con E. Crohn refractaria, una continúa en el grupo tras varios fracasos de tratamientos biológicos y un ingreso en psiquiatría por vómitos psicógenos, manteniéndose estable solo gracias a la psicoterapia de grupo ya que durante este tiempo no ha habido sesiones en consulta individual debido a las razones que señalamos a continuación. La consulta de valoración de pacientes candidatos a cirugía bariátrica se ha visto suspendida desde junio de 2019 hasta la fecha (salvo 6 días de consulta en noviembre), debido a la falta de psiquiatras en unidad de agudos y urgencias. Esto ha supuesto un grave perjuicio al proyecto de terapia grupal ya que se han suspendido las revisiones individuales con psiquiatría y no se han podido derivar nuevos pacientes al grupo, que en principio se pensó ampliar a otro tipo de patologías crónicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La psicoterapia de grupo en formato de grupo operativo se ha mostrado eficaz en el grupo de paciente en el proceso de la cirugía bariátrica y asimismo en otros pacientes que presentan patología orgánica crónica con componente psicósomático.
- El funcionamiento de un grupo de estas características requiere una continuidad en el tiempo ya que los beneficios de la terapia, a diferencia de los fármacos, no son inmediatos pero sí más duraderos a largo plazo al implicar cambios más profundos en el paciente.
- El mantenimiento del grupo de terapia requiere una consulta de psicopatología operativa todo el tiempo y no dependiente de las necesidades asistenciales de otras unidades de psiquiatría, para poder derivar nuevos pacientes al grupo y poder proporcionar asistencia individual de forma programada.
- La ampliación de la oferta de psicoterapia grupal a otros pacientes con patología psicósomática estará condicionada por el mantenimiento de la consulta de psicopatología y la coordinación con el equipo psicoterapéutico.
- El grupo de terapia operativa es una oportunidad de formación en terapia para profesionales MIR y PIR de nuestra unidad docente y contribuye a la orientación de la salud mental no solo hacia aspectos farmacológicos sino hacia otro tipo de terapias que supongan una implicación activa del paciente en el proceso de enfermar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/267 ===== ***

Nº de registro: 0267

Título
TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES DE CIRUGIA BARIATRICA

Autores:
BERNAD POLO JUAN MANUEL, LASHERAS LOPEZ MARIA ENCARNACION, MARGOLLES GARETA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la consulta de psicopatología del HRV se valoran como candidatos a cirugía bariátrica (CB) a una media de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0267

1. TÍTULO

TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES DE CIRUGIA BARIATRICA

60 pacientes anuales con el objetivo es descartar patología psiquiátrica que contraindique cirugía. Hemos detectado situaciones de malestar emocional y personalidades que podrían beneficiarse de un apoyo psicológico a lo largo del proceso con el objetivo de mejorar los resultados finales del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el malestar psicológico y disminuir la morbilidad psiquiátrica durante el proceso de CB. La población diana serán pacientes candidatos a CB en los que se detecten en entrevista clínica y pruebas psicométricas, indicadores de riesgo.

MÉTODO

Se iniciará psicoterapia en formato de Grupo de Terapia Operativo con 8 a 10 pacientes. La selección de pacientes para integrar el grupo se realizará tras valoración psiquiátrica y posterior psicológica con la aplicación de los cuestionarios de Relación de Bartholomew y Horowitz y El Apego Adulto de R. Melerio y Cantero para indagar en la relación consigo mismos y con los demás, y cuestionario de experiencias traumáticas (TQ) autoadministrado, tests proyectivos gráficos (HTP, La Figura Humana, y el test de los garabatos). Esta aplicación inicial servirá para contrastar con la pasación que se realice al final del proceso de terapia grupal. Al final de la sesión individual entregaremos "La hoja informativa para el paciente" que refiere aspectos que tienen que ver con la Terapia de grupo.

-Edad sexo y diagnósticos heterogéneo.

Formato de sesión:

1.- Pregrupo: (15´)

Repaso de la sesión anterior.

2.- Grupo: (75´)

a) Introducción: ¿Qué es, encuadre, importancia, estructura, normas básicas y equipo.

b) Presentación: libre, darse a conocer a los compañeros sin interrupciones. Bienvenida

c) Desarrollo de la sesión, teniendo en cuenta:

-Respeto e interés genuino por la persona. Se le acepta, comprende y reconoce desde un trato de igualdad.

-Comunicación libre de sus sentimientos. Sin confrontación crítica, señalando y fomentando los aspectos más maduros.

-Minimizar el rechazo o confusión que generan otros con interrupciones, agresividad, discurso psicótico, traduciéndolo a miedo, sufrimiento, ayuda.

-Protección del grupo frente a la destructividad. Marcar los límites protectores no retaliativos.

-Los momentos de mayor elaboración se dan en pacientes con mayor madurez yoica, hacia la mitad de la sesión donde se puede observar las angustias básicas.

-Contextualizar el síntoma con datos biográficos, familiares e interpersonales y traerlos al "aquí y ahora" de la situación grupal.

-Generar un contexto seguro, reconfortante y esperanzador.

-Desmontar mitos, aclarar dudas.

e) Despedida:

-En la medida que sea posible hacer lectura de los Emergentes aparecidos en la sesión.

3. Post Grupo: (20´)

-Ventilar emociones.

-Analizar intuiciones.

-Compartir puntos de vista.

-Recoger la dinámica grupal.

-Evolución psicopatológica.

-Aspectos técnicos.

-Autorreflexión.

INDICADORES

-Entrevista de selección para el grupo: nº pacientes derivados de consulta psicopatológica/nº pacientes valorados por psicología >90%

-Sesiones terapia grupo: nº sesiones programadas/nº sesiones realizadas >80%

-Realizan encuesta satisfacción grupo >70%

- Resultados:

Mejoría significativa en cuestionarios administrados pre y postgrupo (ver apartado 6) >75%

DURACIÓN

La duración es de un año, prorrogable a dos (inicio 03 2019).

Encuadre:

- 1 sesión semanal, en jueves, de una hora y cuarto, de 13:15 a 14:30 h.

- Lugar: Planta primera, aula 2.

Disposición en círculo de 8 sillas.

Puerta cerrada.

- Grupo abierto: hasta junio

- Coordinador de grupo y selección pacientes en consulta de psicopatológica: Juan Manuel Bernad Polo

- Equipo Grupo Terapéutico :

Coordinadora Encarna Lasheras López

Observadora participante: Silvia Margolles Gareta

Personal de apoyo: PIR

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0267

1. TÍTULO

TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES DE CIRUGIA BARIATRICA

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 - 2019/0980

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA LA RECEPCION DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL DE DIA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA ORGA SORIANO
· Profesión TCAE
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto se comenzó en mayo del 2019 con la intención de facilitar el afrontamiento y la asimilación del proceso por el que van a pasar los pacientes y también para aclarar la idea de qué es el hospital de día para otros profesionales que también trabajan con nosotros desde centros educativos o incluso los profesionales que nos derivan a los pacientes.

Se realizó la búsqueda de información sobre otros modelos de tríptico, cómo sería más fácil de explicar toda la información que les queremos facilitar en una sola hoja de papel. Una vez elegido el tipo de tríptico que quería realizar y con toda la información recopilada comencé a estructurar el tríptico, en septiembre del mismo año hice la maquetación final y para octubre ya comenzamos a entregar los trípticos a los profesionales que querían conocer el recurso, profesionales que ya lo conocían y a las familias.

Para realizar este proyecto se ha utilizado:

Ordenador, impresora, DIN A4, otros modelos de trípticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado ha sido el deseado, al entregar a familias y profesionales el tríptico, se pudo explicar en un solo folio en resumidos puntos toda la información necesaria para facilitar el ingreso del paciente.

El tríptico se entregó en mano a las familias que iniciaron el ingreso en hospital de día y a los profesionales con los que trabajamos fuera del hospital se entregaba en las reuniones de puesta en común de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se ha ido modificando conforme se veía la necesidad que tenían las familias de información sobre el hospital.

Los tiempos del proyecto han sido más cortos de lo pensado así que se pudo entregar antes de tiempo.

Se ha facilitado la explicación a las familias a la hora del ingreso, ya no tenían tantas dudas.

7. OBSERVACIONES.

No he adjunto el documento del tríptico porque no sabía si había que adjuntarlo con la memoria, si es así por favor háganmelo saber y lo adjunto.

Nosotros pertenecemos al hospital Royo Villanova pero estamos en el centro salud de Parque Goya, en la pregunta de centro de trabajo he puesto hospital Royo Villanova nose si lo debería cambiar.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/980 ===== ***

Nº de registro: 0980

Título
ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA LA RECEPCION DE LOS PACIENTES EN HOSPITAL DE DIA DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

Autores:
ORGA SORIANO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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 .: Otros
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0980

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA LA RECEPCION DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL DE DIA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El hospital de día es un dispositivo de reciente creación integrado en la red de salud mental y recogido en el Plan de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón 2017-2021.
En este dispositivo se atiende a niños y adolescentes con edades comprendidas entre 6 y 18 años de edad, que padecen alteraciones mentales graves, así como a sus familias.
Tanto los pacientes que acuden a este dispositivo como sus familiares, se encuentran atravesando una situación compleja, por lo que en muchas ocasiones les resulta difícil poder asimilar y entender la información que se les transmite en las primeras entrevistas.
Pensamos que el diseño y creación de un tríptico donde la información se recoja de una forma clara, concisa y menos extensa pueda facilitar el afrontamiento y la asimilación del proceso. Para ello la elaboración de este tríptico se realizará de una forma sintética mediante iconografía visual con imágenes y pictogramas del procedimiento de ingreso, las intervenciones psicoterapéuticas del programa de hospital de día y la estancia en el dispositivo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar la información sobre el procedimiento de ingreso en Hospital de día Infanto-juvenil (HDIJ) a familiares y a los pacientes.
- Presentación del HDIJ a través de iconografía visual.
- Disminuir la ansiedad y desconfianza que genera en los familiares y pacientes el ingreso en HDIJ.
- Simplificar la información transmitida en las primeras entrevistas.

MÉTODO

- Revisión de guías y documentación de otros HDIJ.
- Búsqueda en internet de fotografías.
- Redacción del tríptico informativo.

INDICADORES

- Presentación de un tríptico informativo.
- Número de pacientes a los que se le entrega.
- Número de familiares a los que se les entrega.
- Encuesta de valoración.

DURACIÓN

Mayo 2019: Búsqueda y consulta de guías.
Junio - Agosto 2019: Diseño provisional del tríptico.
Septiembre - Diciembre 2019: Maquetación final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0986

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ASISTENCIAL DE PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA BASADA EN TECNOLOGIA DE ULTIMA GENERACION: PROYECTO TCONECTAS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES VAZQUEZ RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ CIRIANO BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo del proyecto era mejorar la atención asistencial a los pacientes que padecían un primer episodio psicótico orientado principalmente a la recuperación y/o rehabilitación de sus capacidades cognitivas y funcionamiento social. Para ello se pensó en el diseño de un espacio virtual a través de una plataforma (Web App) que los pacientes pudiesen usar a través de sus móviles, puesto que se observa que es la vía de conexión que mantienen con el entorno a pesar de la gravedad de su sintomatología.

Se realizaron para ello varias reuniones con los miembros participantes en la plataforma TConectas, donde se elaboró y redactó un proyecto de investigación "Estudio piloto que mida la efectividad del uso de las nuevas tecnologías en el funcionamiento social y cognición de pacientes con PEP". Tras su elaboración se presentó dicho proyecto al CEICA (Comité de Ética e Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón).

Se presentó dicho proyecto al Ceica con fecha 10 de abril 2019 siendo evaluado el día 24 de abril 2019 con dictamen desfavorable, donde se nos recomienda realizar algunas correcciones. En este momento estamos trabajando en las correcciones sugeridas por el Comité.

Tras el dictamen desfavorable, se hace necesario postergar la posibilidad de incorporar pacientes con primeros episodios psicóticos que empiecen a usar la plataforma TConectas. Se plantea entonces en una reunión (2º semestre 2019) donde se concretaron nuevos objetivos, utilidades y trabajo a realizar en la web app:

- Establecer reuniones quincenales para organizar, compartir el acceso a la información técnica, y de contenidos que deben figurar en la plataforma.

-Acordar criterios entre los profesionales participantes a la hora de la elaboración de contenidos, con la finalidad de que sigan un estilo similar de redacción.

- Promover las sinergias entre los miembros del equipo facilitando la comunicación de información destacable.

En este momento las fases en que se encuentra el proyecto son:

- Reorganización del menú de la plataforma, y de los documentos enviados a los informáticos en relación a contenidos de actividades, cursos, etc...

- Dar acceso a la plataforma a todos los profesionales participantes.

- Acordar con los miembros del equipo la forma de aporar ideas, contenidos, documentos que puedan resultar de interés para este tipo de pacientes, familiares y otros profesionales (docentes, educadores sociales...)

-Elaboración de contenido de las distintas áreas que se diseñaron en el menú, aportando desde cada una de los profesionales (psicología, psiquiatría, trabajo social, docencia, terapia ocupacional) que figuran el menú.

-Promover la colaboración entre los miembros del equipo con los informáticos para conocer la forma de elaborar y añadir los cursos a la Web App a través de la plataforma Eduma.

-Se diseñaron los trípticos informativos orientados a dar a conocer el proyecto a los pacientes, profesionales y familiares.

-Definir los perfiles de los participantes (usuarios), colaboradores, y profesionales y su modo de acceder a la plataforma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este momento se han elaborado distintos contenidos que se han subido a la plataforma, se ha reorganizado el menú, se han establecido y unificado los criterios que tienen que seguir los profesionales para la elaboración de los cursos para este tipo de pacientes que padecen primeros episodios psicóticos (muy gráficos, con uso de imágenes visuales, lenguaje entendible con frases cortas,...).

Se ha dado acceso a los distintos profesionales y formación respecto al uso de la plataforma Eduma (de cursos) con colaboración de informática (Pablo Pemán).

En este momento los participantes tienen acceso a nivel de usuario, y modificación de archivos y el administrador es el informático.

Se ha ido añadiendo contenido en forma de archivos clasificados por materias y profesiones-áreas (trabajo social, terapia ocupacional, psicología, psiquiatría, docencia), en relaciona actividades, cursos, talleres, eventos, artículos, preguntas frecuentessiendo útil para los pacientes y familiares.

Para la elaboración de los contenidos los profesionales se basan en las siguientes fuentes: en las guías actualizadas, libros de referencia en cada especialidad, a través de páginas médicas en web donde se ubican manuales, documentos, recursos sociales, médicos, económicos, en páginas propias de los servicios sanitarios, educación... donde estos profesionales establecen una lectura rigurosa y detallada de cada documento y luego hay una reunión de puesta en común en equipo donde se seleccionan. Se han copiado y facilitado enlaces desde donde se puede acceder directamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pensamos que es fundamental poder ofrecer una herramienta basada en la tecnología a este tipo de pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0986

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ASISTENCIAL DE PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA BASADA EN TECNOLOGIA DE ULTIMA GENERACION: PROYECTO TCONECTAS

puesto que el uso de móvil y tecnología entre ellos es muy habitual y es el medio que utilizan para evitar el aislamiento social que producen estas patologías. Se hace necesario, del mismo modo que se ha observado un incremento de la formación online entre jóvenes sanos, establecer unas bases y directrices para que incremente el uso de plataformas educativas online entre este tipo de pacientes promoviendo que el contenido elaborado para este tipo de patologías sea facilitador del aprendizaje, impulsando su permanencia en el ámbito académico y/o laboral, reduciendo el estigma y el deterioro que supone un abandono temprano de los estudios y /o actividad laboral.

7. OBSERVACIONES.

Este tipo de proyecto, llevados a cabo en equipo de profesionales y en colaboración con los propios pacientes estimulan la creatividad, generan un ambiente de trabajo esperanzador y crear alianzas con las familias de los paciente y con los propios pacientes, facilitando su implicación en los procesos de rehabilitación u recuperación. Se ha presentado parte del proyecto el día 10 de enero 2020 en el Ateneo de Madrid, teniendo muy buena aceptación entre los asistentes.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/986 ===== ***

Nº de registro: 0986

Título
MEJORA EN LA ATENCION ASISTENCIAL DE PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA BASADA EN TECNOLOGIA DE ULTIMA GENERACION: PROYECTO "TCONECTAS"

Autores:
VAZQUEZ RODRIGUEZ MARIA DOLORES, MARTINEZ CIRIANO BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incidencia de trastornos psicóticos en la población mundial es del 3%. La mayor incidencia se observa en jóvenes entre 18 a 24 años de edad, con un comienzo habitual al final de la adolescencia o adultez temprana, entre 15 y 30 años. Ello implica importantes costes personales, sociales y asistenciales.

Los pacientes que durante la adolescencia padecen un primer episodio psicótico, suelen presentar un período previo de síntomas podrómicos inespecíficos o síntomas psicóticos atenuados.

La duración de este episodio psicótico y el funcionamiento mental previo al episodio, más que la gravedad o intensidad de los síntomas van a determinar en gran medida su pronóstico. Numerosas evidencias clínicas confirman que la demora en recibir tratamiento se relaciona directamente con la disminución del grado de recuperación. Una intervención temprana mejora notablemente los resultados terapéuticos y la eficiencia de los tratamientos instaurados.

La Web App TConectas se pensó como una propuesta novedosa en la forma de tratamiento y abordaje para pacientes jóvenes con diagnóstico reciente de primeros episodios psicóticos. Esta iniciativa pretende desarrollar y evaluar una herramienta de intervención temprana en jóvenes con síntomas incipientes de psicosis o PEP recientemente diagnosticados usando tecnología última generación, que permita iniciar un abordaje terapéutico y psicosocial precoz como medida de prevención secundaria. La aplicación pretende además ser un sitio de referencia para los profesionales con el paciente y su entorno.

El abordaje propuesto consiste en combinar formas de intervención que se sabe que son atractivas para esta franja de edad con el uso de nuevas tecnologías. La intervención que se propone es la participación de pacientes con dº de primeros episodios psicóticos en una red social virtual organizada, moderada y controlada por profesionales.

Esta participación se realizaría a través de la creación de un blog por parte de los pacientes junto con la colaboración de un grupo de voluntarios de su misma franja de edad.

El diseño de esta iniciativa obtuvo el 1º premio en el año 2018 en la convocatoria realizada por la Alianza Otsuka-Lundbeck del "Premio Jóvenes Y Psicosis".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0986

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ASISTENCIAL DE PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA BASADA EN TECNOLOGIA DE ULTIMA GENERACION: PROYECTO TCONECTAS

RESULTADOS ESPERADOS

- Presentación del proyecto de evaluación de la Web App TConectas a través de "un estudio piloto que mida la efectividad del uso de nuevas tecnologías en el funcionamiento social y cognición de pacientes con PEP" al Comité de Ética de Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (Ceica)
- Evaluar una innovadora herramienta de intervención temprana en jóvenes con primeros episodios psicóticos usando nuevas tecnologías, que permita un abordaje terapéutico y psicosocial temprano.
- Intentar reducir el deterioro en las funciones ejecutivas, mejora de la adherencia al tratamiento.
- Mejorar el funcionamiento social, disminuyendo el aislamiento social e incentivando la interacción social.
- Crear un enlace virtual entre los pacientes y con los profesionales.

MÉTODO

Tras la aprobación por parte del Ceica, se plantean las siguientes actividades:

- Reunión del equipo de profesionales participantes.
- Mantenimiento de la Web App por parte de los profesionales, actualizando las distintas ofertas del menú.
- Selección de los pacientes con PEP que deseen participar en el blog.
- Reunión informativa a pacientes y familiares sobre su participación en la Web App (firma de consentimientos informados, presentación de la Web App...)
- Definición de los perfiles de pacientes y de los profesionales.
- Oferta de servicios: Puesta en marcha del blog: se publicará aproximadamente con una frecuencia quincenal por parte de los pacientes temas que sean de su interés (hobbies, deportivos, ocio, arte...) moderado por los profesionales.

INDICADORES

- Nº de pacientes participantes en la Web App
- Nº de colaboradores voluntarios de la Web App.
- Nº de visitas al blog para valorar el impacto y acogida.
- Encuesta para valorar el grado de satisfacción con el blog.
- Valoración del funcionamiento social y del deterioro cognitivo a través de escalas: SCIP, Escala de funcionamiento social de Birchwood, WHODAS...

DURACIÓN

- Fecha de inicio prevista: mayo 2019
- Fecha de finalización: junio 2020
- mayo 2019: reunión de organización previa al inicio del equipo y presentación del proyecto.
- Junio 2019: elaboración de trípticos informativos.
- Julio 2019-septiembre 2019: presentación e inclusión de pacientes. Elaboración del blog
- Octubre 2019- junio 2010: valoraciones iniciales.
- Se plantea un tiempo de prueba de un año, en el que se valorará la evolución del paciente y el impacto de las visitas en el blog.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0666

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA SIMPLE. ELBORACIÓN DE FICHAS RADIOLÓGICAS EN HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ALICIA BLASCO SATUE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JIMENEZ IBÁÑEZ PEÑA
VINUE GRACIA ANA
IZAGUERRI LAUSIN CRISTINA
MORENO HERNANDEZ CELIA
MATAMALA VILLALBA MARIO
ORTEGA GAMORRO MARIA AUXILIADORA
ESPIN SUSIN MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas:

- Reunión inicial de planificación de 1 h de duración el 10 Enero de 2019, a la que asisten los integrantes del grupo, en la que se planifica el formato de las fichas.

Se acuerda el formato de una tabla en la que se incluye el tipo de exploración, posición del paciente, datos técnicos (incidencia de rayo y dosis de radiación), criterios de calidad / visualización que debe cumplir cada radiografía. Datos acompañados de imágenes ilustrativas de la posición del paciente y del resultado de la radiografía.

- Se establece una organización de los participantes por grupos de trabajo y posterior distribución de la tarea de cada grupo.

Quedan divididas las exploraciones en tres grupos principales:

- Grupo 1: Tórax-abdomen-pelvis
- Grupo 2: Cráneo-Columna- Mediciones Columna y EEII.
- Grupo 3: Extremidades.

A los que se añaden tres grupos especiales:

- Exploraciones con arco quirúrgico
- Radiografías con equipo Portátil
- Equipo de marcapasos (Colaborador no incluido en el proyecto, JM. López)

- Se incorporarán las fichas a los protocolos establecidos en la unidad:

Protocolos de Rodilla: Gonartrosis, lesiones meniscales, lesiones ligamentarias y S. Fémoropatelar.
Protocolos Neumotórax, Neumoperitoneo, Obstrucción intestinal, Traumatismo torácico/costal.
Protocolos Serie ósea hematológica y oncológica.

- Reuniones mensuales de 45 min desde febrero a mayo de 2019 (4) y desde octubre de 2019 a enero de 2020(4) a las que acude el número de miembros del proyecto que tienen disponibilidad, con el compromiso de comunicar al resto de participantes la información y decisiones tomadas.

- El trabajo ha sido realizado durante la jornada laboral. Se han ido empleando tiempos libres en tardes o noches o con compensación de unos a otros de las cargas asistenciales en turno de mañana. La implicación, dedicación e interés de todos los TSID de la unidad ha sido óptima a pesar de no contar con el tiempo necesario disponible.

- Cumplimiento del calendario marcado. Finalización de la realización de todas las fichas del proyecto, revisión y validación en enero de 2020.

Recursos empleados:

- Tiempo de elaboración y consulta/revisión bibliográfica.
- Material de papelería para impresión en borrador de cara a revisión.
- Archivo en soporte informático.

Acciones:

- Las acciones por realizar según el estado del desarrollo del trabajo se han ido estableciendo en las reuniones, además de conversaciones de la coordinadora del proyecto con los TSID de modo informal en los momentos necesarios.

- Una vez finalizadas las fichas, se han sometido a valoración de todos los TSDI y radiólogos de la Unidad que han aportado su opinión, sugerencias y ampliaciones que se han sido incorporadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0666

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA SIMPLE. ELBORACIÓN DE FICHAS RADIOLÓGICAS EN HOSPITAL ROYO VILLANOVA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han elaborado las 106 fichas propuestas que constituyen el 100 % de las fichas radiológicas realizadas y validadas. (Indicador: % de fichas radiológicas realizadas y validadas: >90% (Entre 90-100%)). Las fichas han sido revisadas y validadas por el 90% de los TSID. (Indicador: % de consenso entre los TSID en la validación: >90% (Entre 90-100%)).

Se han añadido, según sugerencias de TSDI y radiólogos, protocolos de uso diario en los que se incluyen varias proyecciones radiológicas

Las fichas radiológicas constituyen un documento de referencia y base para la realización de estudios radiológicos en la unidad. Favorecen la uniformidad en el trabajo y sirven de referencia a las nuevas incorporaciones. Serán incluidas en el Programa de Garantía de Calidad de la Unidad en vías de actualización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado del trabajo de elaboración de las fichas radiológicas de referencia forma parte del proyecto de protocolización documentada y normalización de las exploraciones radiológicas de la unidad de Radiodiagnóstico del HRV.

La actividad realizada ha dependido de la responsabilidad profesional de los TSID y la comprensión de la necesidad de disponer de datos y protocolos de referencia basales que constituye uno de los pilares de calidad de la Unidad. Esta visión e implicación ha posibilitado el esfuerzo extraordinario de los TSID y ha permitido la finalización completa del trabajo con el cumplimiento de los objetivos previstos.

Queda pendiente la colaboración de la Institución en la realización de fotocopias en color de las fichas y plastificación de cada una de ellas para tenerlas a disposición en las salas. Además de quedar instaladas en carpetas en el escritorio de los ordenadores de las salas.

El trabajo realizado se someterá a reevaluación periódicamente con el objeto de actualización, inclusión de nuevas prestaciones, mejoras en el diseño, cambios si se incorporan nuevos equipos radiológicos, etc. Reevaluación controlada a través del Grupo de mejora de Calidad de a Unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/666 ===== ***

Nº de registro: 0666

Título
PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELBORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
BLASCO SATUE ALICIA, JIMENEZ IBAÑEZ PEÑA, VINUE GRACIA ANA, IZAGUERRI LAUSIN CRISTINA, MORENO HERNANDEZ CELIA, MATAMALA VILLALBA MARIO, ORTEGA GAMORRO MARIA AUXILIADORA, ESPIN SUSIN MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS LAS PATOLOGÍAS EN LAS QUE ESTE INICADA LA REALIZACIÓN DE RADIOLOGÍA SIMPLE.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento de actividad radiológica, en gran parte urgente, requiere mayor precisión y rapidez en realización de estudios de radiología simple y genera la necesidad de contar con protocolos técnicos bien definidos y ajustados a los equipos utilizados que, permitan obtener con mayor facilidad exploraciones que cumplan los criterios de calidad establecidos.

El cambio de equipos y personal, los distintos grados de experiencia, la presión de la demanda hace que aumente la posibilidad de estudios erróneos.

La elaboración de fichas radiológicas de estudios de radiología simple de las distintas localizaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0666

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA SIMPLE. ELBORACIÓN DE FICHAS RADIOLÓGICAS EN HOSPITAL ROYO VILLANOVA

anatómicas permite homogeneizar criterios y disminuir la variabilidad de los resultados. Acorta tiempos de realización y mejora la imagen obtenida repercutiendo en un diagnóstico de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaboración de fichas radiológicas de las distintas zonas anatómicas, describiendo técnica, proyección y criterios de calidad de imagen. Utilidad como guía de actuación.
- Mejorar el proceso de realización de la exploración facilitando al TSID su trabajo y ahorrando tiempo.
- Homogeneizar criterios.
- Beneficio que afecta a toda la población y profesionales implicados que obtienen una mayor calidad diagnóstica.

MÉTODO

ACCIONES:

- Reunión inicial: Organización de grupos de trabajo de TSID y distribución de tareas por grupos.
- Revisión del estado actual de la protocolización de estudios radiológicos (criterios de valoración, dosis...)
- Reuniones mensuales. Ocho en un año, excluyendo periodos vacacionales.
- o Exposición del trabajo realizado en cada reunión y valoración conjunta del grupo.
- o Validación o modificación si procede.

INDICADORES

INDICADORES:

- % de fichas radiológicas realizadas y validadas: >90% (Entre 90-100%)
- % de consenso entre los TSID en la validación: >90% (Entre 90-100%)

DURACIÓN

Reunión inicial de 1 h.
Reuniones mensuales de 45 min. Se fijará día concreto en cada reunión de la próxima según disponibilidad del personal.
Fecha prevista de inicio: Marzo 2019.
Fecha prevista finalización del proyecto: Febrero 2020.

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 - 2019/0670

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA CONTRASTADA. DISEÑO Y ELABORACION DE CADA UNO DE LOS PROCESOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA BERGES INIESTA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H ROYO VILLANOVA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO SATUE ALICIA
SANCHEZ PARDILLOS SOLEDAD
ABAD ORTIZ MARIA PILAR
SERON SISAMON MARIA YOLANDA
TOMAS MENCIA RAQUEL
ALGUACIL LAZARO JESUS
BERNAD DEL RIO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión inicial de planificación de 1 hora de duración en marzo de 2019, en la que se planifica la estructura a seguir para cada una de las pruebas. Se acuerda también para la parte realizada por personal TSID, el formato de la tabla en la que se incluye el tipo de exploración, posición del paciente, datos técnicos (incidencia de rayo y dosis de radiación), criterios de calidad/visualización que debe cumplir cada radiografía. Datos acompañados de imágenes ilustrativas de las posiciones y de las radiografías. Además del cercioramiento de que el paciente no lleve metales.

- Reuniones mensuales de 45 minutos desde marzo a junio de 2019 y desde octubre de 2019 a enero de 2020 a las que acude el número de miembros del proyecto que tienen disponibilidad, con el compromiso de comunicar al resto de participantes la información y decisiones tomadas. En cada una de ellas se distribuye el trabajo para la siguiente sesión. Además, la coordinadora, envía un correo electrónico tras cada reunión a todos los miembros del proyecto para dejar constancia de lo hablado, modificado y acordado de cada prueba, y fijar nueva fecha de reunión.

- El proyecto se ha realizado por parte de los TSID durante la jornada laboral. Se han ido empleando tiempos libres en tardes o noches, o compensación de unos a otros de las cargas asistenciales en turno de mañana. La parte de Enfermería y Medicina, ha sido realizada fuera del horario laboral, por imposibilidad de hacerlo durante su jornada debido a la presión asistencial.

- Cumplimiento del calendario marcado. Finalización de la realización de todas las pruebas del proyecto, revisión y validación en enero de 2020.

Recursos empleados:

- Tiempo de elaboración y consulta bibliográfica en ordenador.
- Folios para impresión en borrador de cara a revisión en las reuniones.

Acciones:

Las acciones a realizar se han ido estableciendo en las reuniones, además de conversaciones de la coordinadora del proyecto con los TSID/Radióloga de modo informal en los momentos necesarios.

Una vez finalizadas las pruebas, se han sometido a valoración de todos los TSID, enfermeras y radiólogas de la unidad que han aportado su opinión, sugerencias y ampliaciones que han sido incorporadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han redactado las nueve pruebas radiológicas contrastadas propuestas, que forman el 100% de las pruebas radiológicas realizadas y validadas. (Indicador: % de fichas radiológicas realizadas y validadas >90% (Entre 90-100%)).

Las fichas han sido revisadas y validadas por el 90% de los TSID, radiólogas y enfermeras. (Indicador: % de consenso entre los TSID/radiólogas/enfermeras en la validación: >90 (Entre 90-100%)).

El proyecto de pruebas radiológicas contrastadas constituye un documento de referencia y base para la realización de estudios radiológicos en la unidad. Favorecen la uniformidad en el trabajo y sirven de referencia a las nuevas incorporaciones. Serán incluidas en el Programa de Garantía de Calidad de la Unidad en vías de actualización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado del trabajo de la narración y explicación de las pruebas radiológicas contrastadas de referencia forma parte del proyecto de protocolización documentada y normalización de las exploraciones radiológicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0670

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA CONTRASTADA. DISEÑO Y ELABORACION DE CADA UNO DE LOS PROCESOS

mediante un medio de contraste de la unidad de Radiodiagnóstico del Hospital Royo Villanova.

La actividad realizada ha dependido de la responsabilidad profesional de los TSID, enfermeras y radióloga, y la comprensión de la necesidad de disponer de datos y protocolos de referencia basales que constituye uno de los pilares de calidad de la unidad. Esta visión e implicación ha posibilitado el esfuerzo extraordinario de los participantes del proyecto, además de haber permitido la finalización completa del trabajo con el cumplimiento de los objetivos previstos.

Queda pendiente la colaboración de la Institución en la impresión formato papel de los protocolos. Además de quedar instaladas en carpetas en el escritorio de los ordenadores de las salas.

El trabajo realizado se someterá a reevaluación periódicamente con el objeto de actualización, inclusión de nuevas prestaciones, mejoras en el diseño, cambios si se incorporan nuevos equipos radiológicos, etc. Reevaluación controlada a través del Grupo de mejora de Calidad de a Unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/670 ===== ***

Nº de registro: 0670

Título
PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA CONTRASTADA. DISEÑO Y ELABORACION DE CADA UNO DE LOS PROCESOS

Autores:
BERGES INIESTA MARTA, SANCHEZ PARDILLOS SOLEDAD, BLASCO SATUE ALICIA, ALGUACIL LAZARO JESUS, ABAD ORTIZ MARIA PILAR, SERON SISAMON MARIA YOLANDA, TOMAS MENCIA RAQUEL, BERNAD DEL RIO ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Enfermedades del tubo digestivo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La variabilidad en la realización de estudios de radiología contraste (Bario, contraste hidrosoluble oral y contraste iv.), unida a la rotación por salas de TSID y enfermería genera dificultades añadidas a la hora de la práctica de estos procedimientos.
Consideramos necesaria una actualización de los protocolos establecidos en la sección, en el momento actual incompletos y obsoletos.
Para, con posterioridad, consensuarlos entre TSDI, Enfermería y radiólogos, de modo que se fije un criterio unánime. El proceso debe incluir desde la recepción del paciente, información de la prueba, valoración de riesgos hasta su realización, protocolos técnicos bien definidos y cuidados tras la finalización.
Todo ello requiere participación en el proyecto de TSID, TAE, enfermeros y Radiólogos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaboración de procesos de las distintas exploraciones.
- Disminuir la variabilidad en la realización y unificar criterios.
- Establecer como referencia para todo el personal y guía para nuevas incorporaciones.
- Beneficio que afecta a toda la población y profesionales implicados que obtienen una mayor calidad diagnóstica.

MÉTODO

ACCIONES:

- Reunión inicial: Organización de grupos de trabajo de TSID y enfermería. Distribución de tareas por grupos. Protocolos técnicos a llevar a cabo por TSID y protocolos de enfermería por las enfermeras del grupo.
- Revisión del estado actual de la protocolización de estudios radiológicos (criterios de valoración, dosis,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0670

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA CONTRASTADA. DISEÑO Y ELABORACION DE CADA UNO DE LOS PROCESOS

gestión de riesgos e información a pacientes)

- Reuniones mensuales. Ocho en un año, excluyendo periodos vacacionales.
- ? *Exposición del trabajo realizado en cada reunión según acuerdo previo y valoración conjunta del grupo.
- ? *Validación o modificación si procede.

INDICADORES

INDICADORES:

- % de procesos de exploraciones realizadas y validadas: >90%
(Entre 90-100%)
- % de consenso entre TSID, enfermería y radiólogos en la validación: >90%
(Entre 90-100%).

DURACIÓN

- Reunión inicial de 1 h.
- Reuniones mensuales de 45 min. Se fijará día concreto en cada reunión de la próxima según disponibilidad del personal.
- Fecha prevista de inicio: Marzo 2019.
- Fecha prevista finalización del proyecto: Febrero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0514

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO REHABILITADOR DEL PACIENTE CON OBESIDAD MORBIDA CANDIDATO A CIRUGIA BARIATRICA

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE CARMEN RODRIGUEZ VICENTE
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALERO TOMAS ESMERALDA
LEZCANO CISNEROS AMELIA
MARTIN VALLADARES NATALIA
BONED BLANQUEZ MARISA
RIOS BLANCO CARLOS
ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

A lo largo del desarrollo del Proyecto, se han establecido unas líneas de trabajo entre los profesionales implicados en la rehabilitación del paciente con obesidad mórbida candidato a cirugía bariátrica: Se ha realizado la captación del paciente en la consulta del médico rehabilitación derivado por el cirujano. El paciente es valorado por el médico rehabilitador y derivado, si así lo estima, a la unidad de fisioterapia

En el momento en que el paciente es incluido en el protocolo se le cita para una primera visita en la que se le explican una serie de ejercicios encaminados a mejorar su capacidad respiratoria, así como la importancia de cara a la cirugía de realizarlos diariamente. Previamente se elaboró un folleto explicativo con los distintos ejercicios, acompañado de fotografías para facilitar el aprendizaje de los mismos. Se les hace entrega de un ejemplar en esa primera cita. Después de esta primera sesión se les convoca nuevamente pasada una semana para comprobar como los realizan y en su caso corregirlos así como resolver cualquier duda que les pudiera haber surgido. En esa segunda cita se les hace ver que a partir de ese momento la responsabilidad de realizar los ejercicios es suya, intentando implicarlos lo más posible.

Así mismo se les pide que nos notifiquen la fecha de la operación para poder programar la última sesión de rehabilitación antes de la misma, que se realiza lo más próxima a ella .En esta cita les pedimos que nos cuenten como han llevado el programa de ejercicios así como su experiencia con los mismos Para la recogida de los datos se elaboró una página Excel con los siguientes datos (anexo X): Nombre del paciente, fecha visita rhh, fecha primera sesión, fecha segunda sesión, fecha entrevista previa a la cirugía, fecha gastroscopia, fecha intervención

INDICADORES.

- Número de pacientes formados/número de pacientes susceptibles de ser formados /
- Número de pacientes formados /número de pacientes con complicaciones postoperatorias

CRONOGRAMA

- Fecha de inicio febrero 2019: Formación el equipo.
- marzo 2019: reuniones de coordinación del equipo e inicio de captación de pacientes./
- abril a diciembre 2019:implantación del protocolo:

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han sido incluidos en el programa 58 pacientes, de los cuales:

51 ya han sido vistos en primera sesión de fisioterapia (48 han realizado una segunda sesión, 25 realizan sesión previa a la cirugía)
2 ha sido imposible localizar
3 han retrasado la operación por problemas personales
2 están pendientes de citar

RESULTADOS ESTADISTICOS

Un 88% de los pacientes citados en la sesión previa a la cirugía han notado mucha mejoría a nivel

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0514

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO REHABILITADOR DEL PACIENTE CON OBESIDAD MORBIDA CANDIDATO A CIRUGIA BARIATRICA

respiratorio habiendo aumentado su resistencia al esfuerzo así como una disminución de la fatiga tras este.
Un 4% no han hecho los ejercicios.
Un 8% no acuden a la cita o no nos avisan de la intervención.

Los datos han sido obtenidos con entrevista personal unos días antes de la intervención.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos tras analizar la progresión del protocolo han sido satisfactorios.

Los pacientes incluidos en el protocolo, que se han implicado activamente en el, nos transmiten que, tras la realización continua de los ejercicios su estado físico es mucho mejor en su día a día. Esto se ve reflejado en una mejor recuperación posoperatoria,

Así mismo, al ser el propio paciente parte activa en la preparación a la cirugía influye positivamente en él, tanto a nivel físico como emocional.

Finalizado el proyecto de mejora de calidad concluimos que, una vez instaurado, ha resultado positivo, Por lo que decidimos mantener esta dinámica de trabajo implicando al propio paciente en mejorar su condición física, de cara tanto a la intervención como a su vida diaria.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0502

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN ENDOVESICAL DE HIALURONATO SÓDICO, MITOMICINA Y BCG A PACIENTE AMBULATORIO DE UROLOGÍA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL SAZ SOLER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUJULA AZNAR MARGARITA
ALEGRE BUENO GEMMA
MARCO GARCIA MIRIAM
PORTUGAL GARCIA CONCEPCION
JUSTES MAYORAL ADRIANA
MENDOZA BOLLO ANA ISABEL
CAMPILLO MARTINEZ JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 el personal de enfermería que desarrolla este proyecto ha realizado un protocolo de administración de Mitomicina y BCG endovesical recopilando bibliografía de distintas bases de datos (ScieLO, PubMed, Actas Urológicas Españolas, CUIDEN, ELSEVIER y Google Académico).

En este protocolo se establecen las bases para la correcta preparación del paciente, el material preciso para la realización de la técnica, la administración de tratamiento y la actuación en caso de aparición de complicaciones, la correcta puesta del equipo de protección individual por parte del personal sanitario y la adecuada eliminación de residuos generados en el procedimiento.

En un principio se decidió introducir también la administración de hialuronato sódico, pero durante el desarrollo del protocolo se decidió excluirlo del mismo ya que ni las medidas de protección del personal al administrarlo, ni la gestión de residuos y excretas, ni la actuación ante derrames de medicación seguía el mismo patrón que la Mitomicina o BCG.

Dicho protocolo se puso en práctica en los pacientes que se citaron de forma programada ambulatoria semanalmente para ello.

Tras la administración del tratamiento se registraron los siguientes datos en la plataforma Google Drive:

Edad, sexo, medicación administrada (Mitomicina, BCG, hialuronato sódico), incidencias en la administración: dificultades en la inserción del catéter, hematuria, infección urinaria, salpicadura corporal de la medicación y derrame de la medicación.

Simultáneamente se diseñó un folleto informativo con las recomendaciones pertinentes a seguir tras cada tratamiento por parte del paciente.

Tras revisión y conformidad por parte del jefe de Servicio de Urología Dr. Abril, y de la Dirección de Enfermería se comenzó a entregar al paciente (el primer día del tratamiento) junto a una encuesta de satisfacción sobre la información proporcionada, para ser devuelta respondida de forma anónima en la siguiente consulta programada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados obtenidos durante la aplicación del protocolo hasta mediados de enero de 2020 fueron los siguientes:

Total: 687 tratamientos administrados.
Sexo: 77,4% masculino
22,6% femenino.
Edad: 69,7% mayores de 65 años
24,5 % (51-65 años)
5,8% menores o igual de 50 años

Incidencias en la administración:

Problemas de inserción de la sonda vesical: 2,5 %
Hematuria: 1,2%
Infección urinaria: 0 %
Salpicadura corporal de la medicación: 0,1 %
Derrame de la medicación: 0,3 %
Ninguna: 96,2 %

Medicación administrada:

BCG: 47 %
Mitomicina: 40,8 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0502

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN ENDOVESICAL DE HIALURONATO SÓDICO, MITOMICINA Y BCG A PACIENTE AMBULATORIO DE UROLOGÍA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Hialuronato sódico: 12,2%

En lo referente a la encuesta de satisfacción entregada a los pacientes y recogida de forma anónima se obtuvieron los siguientes resultados:

De un total de 31 pacientes encuestados:

100 % le ha parecido útil la información entregada en el diptico.

100% lo considera práctico y fácil de entender

90'3% piensa que puede resolver dudas tras la administración de su tratamiento, 3,2% piensa que no le ha resuelto dudas y 6,4% no sabe / no contesta a este apartado.

93,5% asegura que le ha transmitido tranquilidad la información reflejada en el diptico, 3,2% piensa que no ha sido así y 3,2% no sabe /no contesta a este apartado.

64,5% considera que el folleto no precisa añadir ninguna otra información, 22,5% añadiría algo al folleto (aportan dudas a incluir), 12,9% no sabe/ no contesta a este apartado.

La valoración (media aritmética) de este folleto por parte de los pacientes ha sido de 9'33 en una escala del 1 al 10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una de las conclusiones a las que hemos llegado con la realización de este proyecto es la importancia de la formación del personal sanitario acerca de la medicación y forma de administración de tratamientos endovesicales, lo que se ha conseguido a través de la búsqueda exhaustiva de bibliografía en diferentes bases de datos y la elaboración de un protocolo estandarizado que unifique la atención a dichos pacientes y asegure una óptima calidad en los cuidados.

De la misma manera se ha comprobado que el grado de satisfacción del paciente tras la entrega de un folleto informativo con las recomendaciones a seguir, les proporciona mayor sensación de tranquilidad, ya que les permite resolver dudas acerca de posibles efectos secundarios y resolver problemas en el caso de aparición de los mismos.

En cuanto a la conclusión de los resultados obtenidos observamos que de manera general no se aprecian más que un 3,8 % de incidencias, entre las cuales no aparece infección urinaria secundaria a la técnica estéril, por lo que el procedimiento de sondaje se está realizando correctamente. En cuanto al procedimiento de actuación ante la aparición de derrames (0,3%) y salpicaduras (0,1 %) se ha llevado a cabo de forma adecuada sin aparición de efectos secundarios en el paciente.

En lo referente a la impresión generada en el personal que integra el equipo de mejora tras la realización del proyecto, es el aumento de la confianza y seguridad a la hora de llevar a cabo la técnica de administración de estos tratamientos, ya que existía un desconocimiento generalizado y se apreciaba una falta de formación en la técnica de administración y colocación del EPI, lo que podía provocar riesgos en su seguridad y repercutir de forma negativa sobre su salud.

Pudiendo ser asimismo extrapolado a personal de nueva incorporación o sanitarios que se vean implicados en la ejecución de este procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/502 ===== ***

Nº de registro: 0502

Título
IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACION ENDOVESICAL DE HIALURONATO SODICO, MITOMICINA Y BCG A PACIENTE AMBULATORIO DE UROLOGIA EN HRV

Autores:
SAZ SOLER MARIA ISABEL, GOMEZ MENDOZA ALEJANDRO, RUJULA AZNAR MARGARITA, DE MARTINO MESA YASMINA, PORTUGAL GARCIA CONCEPCION, GARCIA CLOS MARIA EUGENIA, ALEGRE BUENO GEMMA, CAMPILLO MARTINEZ JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0502

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN ENDOVESICAL DE HIALURONATO SÓDICO, MITOMICINA Y BCG A PACIENTE AMBULATORIO DE UROLOGÍA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Seguridad clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde febrero de 2019, el personal de enfermería del servicio de urología es el encargado de la administración de tratamientos endovesicales de hialuronato sódico, mitomicina y BCG a pacientes de forma ambulatoria. La mitomicina y la BCG son fármacos utilizados para reducir la tasa de recidivas y de progresión a enfermedad infiltrante en el cáncer de vejiga. La mitomicina es un medicamento citostático y citotóxico que se utiliza específicamente para causar daño celular. No es un fármaco selectivo para las células tumorales sino que afecta a todas las células del organismo, incluso a las sanas con efectos adversos que se pueden reducir aplicando un protocolo de administración correcto y las medidas preventivas adecuadas. La BCG es una suspensión liofilizada de bacterias vivas del bacilo Calmette Guerin derivados de Mycobacterium Bovis cepa RIVM, que estimula el sistema inmunitario y tiene actividad antitumoral. El personal sanitario que manipula ambos fármacos está expuesto a estos agentes poniendo en riesgo su propia salud. De ahí también la necesidad de un protocolo que proporcione una correcta técnica y minimice los riesgos tanto para el paciente como para el profesional.

RESULTADOS ESPERADOS

Unificar criterios a la hora de administrar tratamientos endovesicales.
Aumentar la seguridad clínica del paciente realizando una técnica protocolarizada disminuyendo los riesgos tanto para el paciente como el personal sanitario.
Detectar deficiencias de conocimientos en el paciente sobre su proceso y realizar Educación para la salud proporcionando información sobre la medicación administrada, sus posibles efectos secundarios y recomendaciones higiénico dietéticas.
La población diana son:
Pacientes que acuden de forma programada y ambulatoria para administración de tratamientos endovesicales.
Mitomicina ; diagnosticados mediante Anatomía Patológica de tumor vesical de bajo riesgo de recidiva y progresión.

BCG; diagnosticados mediante Anatomía Patológica de tumor vesical de alto riesgo de recidiva y progresión, y carcinoma in situ.
Hialuronato sódico; diagnosticados de cistitis intersticiales y cistitis rádica sintomáticas
Enfermeros/as que desarrollan su actividad asistencial en el servicio de urología.

MÉTODO

Implantar protocolo de administración de tratamientos endovesicales a pacientes programados de forma ambulatorio.
Recogida de datos semanalmente sobre posibles incidencias y complicaciones en la aplicación del protocolo, elaborando una estadística para valorar la eficacia del mismo y la necesidad de aplicar nuevas intervenciones en un futuro que puedan mejorar el servicio.
Creación de un folleto informativo para entregar al paciente con las recomendaciones pertinentes en cada tratamiento.
Realizar una encuesta de satisfacción al paciente sobre la información entregada.

INDICADORES

Número de tratamientos administrados a pacientes.
Número de complicaciones y/o incidencias detectadas en la administración.
% de pacientes que responden la encuesta de satisfacción sobre el procedimiento realizado y la información entregada en soporte papel.

DURACIÓN

Elaboración de protocolo y documento informativo al paciente: abril 2019.
Aceptación por la Comisión de Cuidados del HRV.
Implantación de protocolo; mayo 2019
Registro de incidencias desde el momento de la implantación del protocolo.
Recogida de datos y de encuesta de satisfacción.
Evaluación, eficacia del protocolo mediante estadística y finalización del proyecto; enero 2020.

OBSERVACIONES

Informados Dr. Gonzalo Abril (Jefe de Servicio de Urología) y Javier Campillo (Supervisor de Urología) de la solicitud de inclusión como proyecto de Acuerdo de Gestión Clínica 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0502

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN ENDOVESICAL DE HIALURONATO SÓDICO, MITOMICINA Y BCG A PACIENTE AMBULATORIO DE UROLOGÍA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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 - 2019/0522

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN EL CANCER DE PRÓSTATA EN EL SECTOR I ZARAGOZA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA RUT SIESO GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RIHUETE CARO ELVIRA
VILLAGRASA GARCIA MARIA
ZUBENKO STEPANOVA OKSANA
ARANDA LOZANO JORGE
ELIZALDE BENITO ANGEL GABRIEL
OLIVA ENCINA JOSE
YAGÜE LEON ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En marzo de 2019, basándonos principalmente en las Guías de la Asociación Europea de Urología y en protocolos de actuación de Servicios de Urología de Referencia, se elaboró el Protocolo de Vigilancia Activa en Cáncer de Próstata, adaptado a las características del Sector I de Zaragoza.

En abril de 2019 se presentó y aceptó el Protocolo en sesión clínica del Servicio de Urología. Simultáneamente se elaboró la base de recogida de datos de cara a facilitar la revisión y control del seguimiento de los pacientes incluidos en Vigilancia Activa. Los pacientes que ya estaban en programa de Vigilancia fueron revisados, confirmando que cumplían criterios de inclusión y seguimiento. Periódicamente se ha ido recordando a los miembros del Servicio de Urología la importancia del correcto seguimiento del protocolo, así como la recogida de los datos en la base.

Desde abril de 2019 a la actualidad se han ido registrando los ítems en la base de datos.

A día de hoy, hay 23 pacientes incluidos en Vigilancia Activa de cáncer de Próstata (15 pre y 8 post-implantación del Protocolo)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados se han obtenido revisando por un lado la base de datos, y por otro las historias clínicas de los pacientes incluidos en Vigilancia Activa.

1. "% DE INCLUSIÓN DEL DOCUMENTO DE PROTOCOLO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS PARA VIGILANCIA ACTIVA: 90%"

De los 8 pacientes incluidos tras la creación del Protocolo, el 100% tienen el documento incluido en la Historia física de la consulta de Urología de Grande Covián.

Se ha incluido además en aquellos pacientes que ya estaban en Vigilancia Activa antes de abril 2019, y que ha sido valorados en revisión de consulta durante estos meses.

2. "% CUMPLIMENTACIÓN DE LOS CAMPOS REQUERIDOS EN LA BASE DE DATOS: 80%"

De los 23 pacientes incluidos en Vigilancia Activa, el 78% tiene correctamente cumplimentados los datos en la base de recogida.

3. "% CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS PARA REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA: 90%

En este apartado diferenciamos los pacientes previamente incluidos en Vigilancia Activa y los que se incluyeron posteriormente a la instauración del Protocolo.

En los primeros, solo se cumplieron plazos en el 73%.

En el segundo grupo, es decir, una vez instaurado el Protocolo, hay un 87,5% de cumplimiento en el plazo de realización de RMN.

4. "% CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS PARA REALIZACIÓN DE BIOPSIA DE CONFIRMACIÓN: 90%

En este apartado hemos incluido a todos los pacientes (23) teniendo en cuenta que los últimos en incorporarse a Vigilancia Activa aún no procede la realización de la biopsia de confirmación, por lo que se contabilizan como "realizada en plazo".

En el 87% de los pacientes se realizó (realizará) biopsia de próstata de confirmación dentro del plazo establecido en el Protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Después de la evaluación de los resultados, creemos con más convicción la necesidad de este Protocolo de Vigilancia Activa en Cáncer de Próstata, dado que los pacientes requieren un seguimiento muy estricto de su proceso tumoral, que no siempre es fácil de conseguir.

- Vemos conveniente seguir insistiendo a los miembros del Servicio de Urología en la correcta recogida de datos, ya que es la única forma de poder controlar la correcta realización del seguimiento de los pacientes.

- Se decide añadir ítems a la base de datos, que después de analizar los resultados, vemos necesarios.

- Se propone nueva revisión de resultados de base de datos en 12 meses, así como la revisión periódica de los pacientes para garantizar el cumplimiento del seguimiento establecido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/522 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0522

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL SECTOR I ZARAGOZA

Nº de registro: 0522

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN EL CANCER DE PROSTATA EN EL SECTOR I ZARAGOZA

Autores:
SIESO GRACIA RUT, RIHUETE CARO ELVIRA, VILLAGRASA GARCIA MARIA, ZUBENKO STEPANOVA OKSANA, ARANDA LOZANO JORGE, ELIZALDE BENITO ANGEL GABRIEL, OLIVA ENCINA JOSE, YAGÜE LEON ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cáncer de próstata es el segundo tumor más diagnosticado en varones. Hasta en el 50% de los varones sometidos a biopsia de próstata se observan lesiones compatibles con cáncer de próstata que no requieren tratamiento activo y casi la mitad de ellos son subsidiarios de VIGILANCIA ACTIVA. Romper con la idea de que cáncer de próstata es sinónimo de tratamiento activo es la única forma de evitar el sobretratamiento. La VIGILANCIA ACTIVA se basa en controlar de manera estrecha a pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo, sin someterles a un tratamiento activo mientras el tumor mantenga las características de buen pronóstico, evitando así los efectos secundarios inherentes al tratamiento. La correcta selección y seguimiento de estos pacientes, con un protocolo establecido, es fundamental para conseguir que la VIGILANCIA ACTIVA sea una estrategia óptima en el manejo del cáncer de próstata de bajo riesgo en nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Elaborar un protocolo de VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER DE PRÓSTATA para pacientes del Sector I de Zaragoza, fijando los criterios de inclusión, el seguimiento a realizar en estos pacientes, y los criterios de abandono del protocolo, basándonos en las Guías Clínicas de la Asociación Europea de Urología.
- 2) Conseguir un cumplimiento del Protocolo mediante la inclusión del mismo en la Historia Clínica del paciente desde la Consulta de Urología.
- 3) Garantizar plazos de realización de pruebas complementarias así como rebiopsias establecidas en el Protocolo.
- 4) Elaborar la base de datos para el posterior análisis y evaluación de nuestro Protocolo.

MÉTODO

Para llevar a cabo nuestro proyecto se propone la realización de sesiones clínicas entre los miembros participantes presentando las recomendaciones que ofrecen las Guías Clínicas de la Asociación Europea de Urología con la posterior elaboración del Protocolo de Vigilancia Activa en Cáncer de Próstata en el Sector I Zaragoza. Una vez elaborado, el siguiente paso será la difusión del Protocolo al resto del Servicio de Urología, incidiendo en la necesidad de incluirlo en la Historia Clínica del paciente para facilitar y uniformizar el manejo de estos pacientes. Simultáneamente, elaboraremos una base de datos con los items necesarios para un posterior análisis de nuestros datos, así como forma práctica de control de un buen cumplimiento del protocolo.

INDICADORES

- 1) % DE INCLUSIÓN DEL DOCUMENTO DE PROTOCOLO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS PARA VIGILANCIA ACTIVA (Nº de pacientes con el documento adjuntado en Historia Clínica/ Nº total pacientes incluidos en Vigilancia Activa): 90%
- 2) % CUMPLIMENTACIÓN DE LOS CAMPOS REQUERIDOS EN LA BASE DE DATOS (Nº de pacientes con todos los campos cumplimentados/Nº total de pacientes incluidos en la base de datos): 80%
- 3) % CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS PARA REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA (Nº de pacientes con RM realizada en los plazos establecidos/Nº total de pacientes incluidos en Vigilancia Activa): 90%
- 4) % CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS PARA REALIZACIÓN DE BIOPSIA DE CONFIRMACIÓN (Nº total de pacientes con biopsia de confirmación realizada en los plazos establecidos/Nº total de pacientes incluidos en Vigilancia Activa): 90%

DURACIÓN

INICIO MARZO 2019. FINALIZACIÓN MARZO 2020

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0522

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN EL CANCER DE PRÓSTATA EN EL SECTOR I ZARAGOZA

- 1) MARZO 2019: Elaboración del Protocolo de Vigilancia Activa de Cáncer de Próstata a seguir por el servicio de Urología del HRV y aprobación por consenso en sesión clínica.
- 2) MARZO-ABRIL 2019: Elaboración de la base de datos.
- 3) ABRIL 2019: Difusión a todos los miembros del servicio de Urología del HRV.
- 4) ABRIL 2019: Actualización de datos de pacientes ya incluidos en Vigilancia Activa previos a la implantación del Protocolo.
- 5) ABRIL 2019 - FEBRERO 2020: Uso del Protocolo y base de datos en la consulta de Urología.
- 6) MARZO 2020: Evaluación de la correcta aplicación del Protocolo mediante la revisión de la base de datos.
- 7) A partir de Marzo 2020, mantenimiento del Protocolo como guía básica en el manejo de estos pacientes, con las actualizaciones y revisiones que precise según cambien las recomendaciones establecidas en las distintas Guías Clínicas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **