GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 261 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AMB	CME RAMON Y CAJAL	BARRIO ALONSO ROSA MARIA	2019_0641	F	25/01/2020	ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL
Z2	AMB	CME RAMON Y CAJAL	MARTINEZ PINILLA ELVIRA	2019_0644	F	27/01/2020	ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL
Z2	AMB	CME SAN JOSE	PASTOR ALCOLEA PAULA	2019_1009	F	27/12/2019	PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE
Z2	AMB	CME SAN JOSE	HERRERA MAGALLON NATALIA	2019_1013	F	27/12/2019	ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE ADMISION Y DOCUMENTACION	RUIZ ASENSIO LUIS MIGUEL	2019_1499	F	24/01/2020	CREACION DE UNA HERRAMIENTA EN INTRANET PARA AGLUTINAR RECURSOS FORMATIVOS E INFORMATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	BELLO MARTINEZ AMPARO	2019_0357	F	29/01/2020	VEN Y MUEVETE, POR TU SALUD
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	SANCHEZ GALAN PATRICIA	2019_0363	F	22/12/2019	FORMACION EN RCP BASICA Y USO DEL DESA DE LOS ALUMNOS DEL I.E.S. BENJAMIN JARNES (BELCHITE)
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	RAMON ARBUES ENRIQUE	2019_0364	F	23/12/2019	FOMENTO DEL USO RESPONSABLE DEL ANTIBIOTICO EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CASABLANCA	GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA	2019_1275	S2	31/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP CASABLANCA
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR	2019_0768	F	29/01/2020	CAPACITACION CONOCIMIENTOS SOBRE EL ICTUS EN LA POBLACION DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	ANAYA CASBAS MARIA TERESA	2019_1408	S1	27/01/2020	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	FERRE GONZALEZ ANTONIA	2019_1413	F	31/01/2020	PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	ZUMETA FUSTERO JESUS	2019_1230	S1	31/01/2020	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	SUMELZO LISO ANA CRISTINA	2019_1232	S1	31/01/2020	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	BOLEA GORBEA CARLOS	2019_1301	F	29/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP FUENTES EBRO
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	NAVARRA VICENTE BEATRIZ	2019_1045	F	29/01/2020	FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PARA MAESTROS
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA	2019_1216	S1	29/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP PARQUE ROMA
Z2	AP	CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)	HERNANDEZ MORA AMPARO	2019_1462	F	25/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP PUERTA DEL CARMEN
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	VIADAS NUÑEZ SARA	2019_0204	F	23/01/2020	IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD LA ALMOZARA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	PUEYO SALAVERA CLARA MARIA	2019_0509	S1	27/01/2020	IDENTIFICACIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE ACTIVOS COMUNITARIOS, EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS QUE VIVEN SOLOS
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	TOMEO MUÑOZ RUTH	2019_0976	S1	27/01/2020	MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN EL C.S. ALMOZARA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	BRUN ALONSO BELEN	2019_1341	F	28/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP LA ALMOZARA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	FRAILE MUÑOZ ALBA	2018_0702	F	24/01/2020	ANDARINAS FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA	2019_0028	F	19/12/2019	EVALUACION DE LA FORMACION A PACIENTES DIABETICOS POR PACIENTES ACTIVOS VS PROFESIONALES SANITARIOS
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	PELET LAFITA EVA MARIA	2019_0287	F	30/01/2020	IMPLANTACION DE LA FASE III DE REHABILITACION CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	GARCIA ROY AFRICA	2019_1260	S1	15/01/2020	MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA	2019_1338	S1	23/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LAS FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE FISIOTERAPIA EN AP	BLASCO GASCA OLGA	2019_0972	F	30/01/2020	CUIDAMOS NUESTRA ESPALDA Y CUIDAMOS LA DE LOS DEMAS
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL	GARCIA DE CASTRO MARIA TERESA	2019_0799	F	22/01/2020	INTERVENCION EDUCATIVA EN SALUD BUCODENTAL DE LA 3ª EDAD

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 261 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	DIAZ RUBIRA MERCEDES	2019_0438	F	22/01/2020	"MANDA A PASEO TU RUTINA". PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE MIRAFLORES. CENTRO DE SALUD SAGASTA-MIRAFLORES
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	DIAZ RUBIRA MERCEDES	2019_0842	S1	31/01/2020	"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	ARROYO CLEMENTE PAZ	2019_0931	F	26/01/2020	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	CASTILLERO CANTERIA ROSA	2019_0932	S1	31/01/2020	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS REBOLERIA	MUÑOZ MERCADO ANGELA	2018_0624	F	20/01/2020	OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD
Z2	AP	CS REBOLERIA	CUBERO PABLO MANUEL	2018_0634	F	24/01/2020	PROGRAMA DE CALIDAD 2019,CONTINUQACION 2018INCORPORACION DELPROGRAMA BOOKCROSIN (FUNDACION EL TRANVIA)
Z2	AP	CS REBOLERIA	MALLADA VIANA MARIA PILAR	2019_0232	S1	28/01/2020	ESCUELA DE CRIANZA
Z2	AP	CS REBOLERIA	NAVARRO AZNAREZ GLORIA	2019_0366	F	20/01/2020	MEJORA DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS EN EL C. S. REBOLERÍA
Z2	AP	CS REBOLERIA	ZAPATA ABAD TERESA	2019_1186	S1	27/01/2020	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP REBOLERIA
Z2	AP	CS REBOLERIA	ECHEVERRI OYAGA ANA ISABEL	2019_1461	S1	24/01/2020	RECOMENDACION FORMALIZADA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DIRIGIDA A ANCIANOS CON SEDENTARISMO, AISLAMIENTO SOCIAL Y/O TRISTEZA
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	BLASCO RONCO OLGA	2019_1086	S1	28/01/2020	PROYECTO PROA
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	GIL MOSTEO MARIA JOSE	2019_1111	S1	28/01/2020	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II. C.S. ROMAREDA
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO) FISIOTERAPIA EN AP	SANZ RUBIO CONCEPCION	2018_1569	F	31/01/2020	LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES ADMISION Y DOCUMENTACION	TRASMONTAN GALVEZ JOSE ENRIQUE	2019_0763	F	23/01/2020	ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DE ALMACEN DE MATERIAL EN TIEMPO REAL A TRAVES DE MEDIOS OFIMATICOS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ARCE FLORES AMPARO	2019_0111	F	15/01/2020	"MANDA A PASEO TU RUTINA" PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE PIGNATELLI. CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ARENAZ CAJAL CARMEN	2019_0692	F	21/01/2020	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL C.S. RUISEÑORES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	PASCUAL RUBIO MARIA OLGA	2019_0835	S1	31/01/2020	"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	LUNA RODRIGO PEDRO ANTONIO	2019_1025	S1	29/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAGASTA RUISEÑORES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORAO MERCEDES	2019_1496	F	22/01/2020	VACUNACIÓN INFANTIL: CÓMO PREVENIR Y EVITAR LOS ERRORES MÁS FRECUENTES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP	CABEZA GUILLEN MARIA ELENA	2018_1037	F	30/01/2020	REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEÓRICAS DEL CURSO DE EDUCACIÓN MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD	2019_0153	F	20/12/2019	ORIENTACION-FORMACION EN CUIDADOS, SOPORTE EMOCIONAL E INFORMACION DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS A CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES Y POBLACION EN GENERAL
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	MORENO MARQUEZ ROCIO	2019_0597	F	30/01/2020	TALLERES DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDOS A LA POBLACION DE SAN JOSE NORTE Y CENTRO
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	LALANA JOSA MARIA PILAR	2019_0911	F	28/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ CENTRO
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO PSICOLOGIA CLINICA	BARTUMEUS BARTOLOME AINHOA	2019_0410	F	31/01/2020	ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA EN PACIENTES CON ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SAN JOSÉ CENTRO
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE ADMISION Y DOCUMENTACION	PASCUAL LABORDA MIGUEL ANGEL	2018_0194	F	18/01/2020	TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	ABANTO VIAMONTE ANTONIO	2019_0912	F	28/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR ADMISION Y DOCUMENTACION	SOLA ANTON JOSE FERNANDO	2019_0664	S2	08/01/2020	FOMENTAR EL USO Y FORMACIÓN DEL USUARIO EN LA "APP" SALUD INFORMA
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	DE ORTE PEREZ MARIA	2019_0025	S1	14/01/2020	PASEO SALUDABLES SAN JOSE

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 261 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	DE LOS ARCOS FERNANDEZ DE HEREDIA MARIA PILAR	2019_0090	S1	17/01/2020	LA SOLEDAD NO DESEADA EN SAN JOSE
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN	2019_0946	S1	29/01/2020	RECOMENDACION ACTIVOS PARA LA SALUD Y SOLEDAD EN VENECIA
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	LOPEZ ESTEBAN PILAR	2019_1251	S2	30/01/2020	INCORPORACIÓN DEL EAP DE SAN JOSÉ SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS SAN PABLO	VALVERDE ARANDA SELMA	2019_1103	F	29/01/2020	MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) Y SUS CONTACTOS
Z2	AP	CS SAN PABLO	MACIPE COSTA ROSA MARIA	2019_1161	F	30/01/2020	DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	MARTINEZ CASBAS JOSE PEDRO	2019_1222	F	13/01/2020	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS SAN PABLO	ALONSO LOPEZ MARIA CRISTINA	2019_1226	S1	24/01/2020	DESARROLLO Y MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL EAP SAN PABLO
Z2	AP	CS SASTAGO	JARABA BECERRIL CARLOS	2019_1392	F	31/01/2020	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	SARTOLO ROMEO MARIA TERESA	2019_1404	S1	31/01/2020	TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN COLEGIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	MARTIN BUIL MARIA DEL MAR	2019_1454	F	31/01/2020	CRIBADO,DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON
Z2	AP	CS SASTAGO	VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES	2019_1492	F	30/01/2020	MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS TRAS LA UNIFICACION DE CRITERIOS DE ACTUACION DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	GARCIA LANZON CELESTE	2018_0962	F	25/01/2020	PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	PEÑA GALO EDGAR	2018_1352	F	28/01/2020	ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	AMATRIAIN BOLEAS EDURNE	2019_0244	F	16/01/2020	IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	VISUS LOZANO MARIA SANTOS	2019_1188	F	15/01/2020	PROGRAMA DE MEJORA EN DETECCION E INTERVENCION SOBRE TABAQUISMO EN EL C.S. TORRERAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	BRUSCAS ALIJARDE MARIA JOSE	2019_1211	F	25/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP TORRE RAMONA
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	MARCO IBAÑEZ ALMUDENA	2018_0158	F	23/12/2019	PROMAGRMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN IES BLECUA - CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA	2018_0709	F	23/12/2019	PROGAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO LA PAZ
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	SANZ MARTINEZ LAURA	2019_0167	F	04/01/2020	IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD: TORRERO-LA PAZ
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	VILLAR SEBASTIAN VICENTE	2019_1183	S1	15/01/2020	INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	VILLANUEVA RODRIGUEZ CARMEN	2019_1209	S1	26/12/2019	UN BEBE QUE ADQUIERE BUENOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SERA UN ADULTO MAS SANO
Z2	AP	CS VALDESPARTERA ADMISION Y DOCUMENTACION	CAZAÑA MAELLA VALENTIN	2019_0889	S1	28/01/2020	INCENTIVAR EL USO DE LA CARPETA DE SALUD Y HERRAMIENTAS DE SALUD INFORMA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO	2018_0718	S2	20/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CENTRO DE SALUD VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	CEMELI CANO MERCEDES	2019_0060	F	22/12/2019	ESCUELA Y SALUD
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GALE ANSO INES	2019_0885	F	22/01/2020	ACTIVACION DE ESCOLARES ANTE UNA EMERGENCIA VITAL
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	CUESTA SAMPER MARIA TERESA	2019_1105	F	23/01/2020	PROYECTO DE MEJORA SOBRE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	SORINAS DELGADO NOELIA	2019_1107	F	26/01/2020	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO	2019_1173	S1	28/01/2020	ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LOS PADRES EN UNA CONSULTA DE PEDIATRIA
Z2	AP	CS VENECIA	VERDURAS SANCHEZ MARIA	2019_0917	S1	30/01/2020	MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 261 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
			ELENA				AP-AE RECIENTEMENTE IMPLANTADA EN NUESTRO EAP
Z2	AP	CS VENECIA	ARQUILLUE VARONA SARA	2019_0939	F	26/01/2020	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECRO EN EL EAP VENECIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	AZNAR CARBONELL ANGEL	2018_0076	S2	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	ALONSO SANCHEZ MARTA	2019_0093	S1	30/01/2020	INTERVENCIÓN SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 DIRECCION	PASCUAL GUTIERREZ FLOR	2018_0084	F	30/01/2020	PROYECTO DE REORDENACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 DIRECCION	GOMEZ JULIAN CRISTINA	2019_0482	S1	30/01/2020	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	PINA GADEA MARIA BELEN	2019_1318	F	28/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	LAIN MIRANDA MARIA ELENA	2019_1424	F	31/01/2020	MEJORA EN EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	ESAD ZARAGOZA 2	ANDREU GRACIA SERGIO F	2019_0654	F	26/01/2020	ELABORACIÓN DE MANUAL DE URGENCIAS DOMICILIARIAS EN EL PACIENTE PALIATIVO PARA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR II
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA DIGESTIVO	MARTINEZ SANTOS YOLANDA	2019_0623	S1	28/01/2020	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE CELIACO EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA DIGESTIVO	CAMO MONTERDE PATRICIA	2019_1125	F	31/01/2020	INDICACIÓN DE SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIEGSTIVA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANCHEZ ANDRES ARMANDO	2019_0437	F	31/01/2020	PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO PEDIATRICO EN CMA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	VALLES TORRES JORGE	2019_0526	S2	22/12/2019	DETECCION PREOPERATORIA DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ADULTOS PENDIENTES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	PUERTOLAS ORTEGA MARIA	2019_0531	S1	21/12/2019	IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA: CERTIFICACION ISO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	TARANCON ROMERO MARIA ELENA	2019_0568	S1	30/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN ANESTESIA GINECO-OBSTÉTRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	PEÑA DE BUEN NATALIA	2019_0603	S2	27/01/2020	TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER	2019_0761	S2	27/01/2020	CODIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DEL DOLOR Y DE LAS TECNICAS INTERVENCIONISTAS REALIZADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	RUBIO GARCIA BORJA	2019_0897	S1	20/12/2019	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES CRITICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	ARAGON BENEDI CRISTIAN	2019_0919	F	09/01/2020	DISMINUCIÓN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANCHEZ ANDRES ARMANDO	2019_0942	S1	31/01/2020	PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA MARIA	2019_0948	S1	26/12/2019	USO DE TECNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN UNIDAD DE REANIMACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION	2019_1452	S2	30/01/2020	PROYECTO PARA LA ESTANDARIZACION DE LA ANESTESIA EN LA TROMBECTOMIA DEL ICTUS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO	2019_1455	S2	27/01/2020	MANEJO PERIOPERAORIO Y PERIPROCEDIMIENTO DE LOS ANTITROMBOTICOS: PROTOCOLO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA	2019_0386	F	23/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION A TIEMPO DEL PACIENTE PENDIENTE DE PRIMER ACCESO VASCULARPARA HEMODIALISIS O REPARACION DEL MISMO ("CODIGO FISTULA") EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA YCIRUGIA VASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	VAZQUEZ BERGES IRENE	2019_0540	F	26/02/2020	EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACIÓN EN PACIENTES CON CLAUDICACIÓN INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA	2018_0482	F	24/01/2020	IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	BANCALERO FLORES JOSE LUIS	2019_0402	S1	24/01/2020	INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 261 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							BIOLOGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	BANCALERO FLORES JOSE LUIS	2019_0402	F	27/01/2020	INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLOGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ	2019_0560	F	30/01/2020	OPTIMIZACION DE PROCEDIMIENTO ANALITICO Y CREACION DE UNA VIA PREFERENTE EN PETICIONES URGENTES DE HOSPITAL DE DIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	JIMENO JIMENEZ NOELIA	2019_1078	F	21/01/2020	INTRODUCCION AL QUIROFANO PARA TCAE'S
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	YUBERO MORALES ANA TERESA	2019_1080	S2	20/01/2020	INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO.PROGRAMA DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL BLOQUE QUIRURGICO A
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	ORTAS NADAL MARIA ROSARIO	2018_0135	S2	22/01/2020	RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS	2019_0380	F	31/01/2020	GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	LASALA ALASTRUEY MARIA	2019_0392	F	31/01/2020	PROYECTO DE REALIZACION DEL PROTOCOLO DE HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE DERIVACION A LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	BERGUA MARTINEZ CLARA	2019_0777	S2	31/01/2020	PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MIÑANO OYARZABAL ANTONIO	2019_0789	F	31/01/2020	PROPUESTA REALIZACIÓN CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	OLORIZ SANJUAN TERESA	2019_0934	F	31/01/2020	PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO	2019_1146	F	31/01/2020	PROYECTO DE COORDINACION CARDIOLOGICA EN EL PROCESO DEL ICTUS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CON USO PREFERENTE DE LA ECOCARDIOSCOPIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	RUIZ ARANJUELO ALEJANDRA	2019_1371	F	31/01/2020	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA TERMINAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA CARDIOVASCULAR	FRESNEDA ROLDAN PEDRO CARLOS	2018_1231	S2	28/01/2020	PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL, SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL HM SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SERRADILLA MARTIN MARIO	2018_1284	S2	23/02/2020	IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HBP
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	LAHUERTA LORENTE LOURDES	2019_0030	S1	30/01/2020	ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	DUQUE MALLEN MARIA VICTORIA	2019_1383	F	24/12/2019	INTEGRACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA COLORRECTAL EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2019_1185	F	30/01/2020	PROTOCOLARIZACIÓN MANEJO DE TRATAMIENTO PREOPERATORIO MAXILOFACIAL EN PACIENTE DIABÉTICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2019_1196	F	27/01/2020	ENTREGA DE HOJA DE RECOMENDACIONES EN PACIENTES TRAS TRATAMIENTO EN QUIROFANO DE LOCALES DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	CARBONEL BUENO IGNACIO	2016_0026	F	30/01/2020	AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA	2019_0086	F	12/01/2020	MEJORA EN REFERENCIA A LA REHABILITACION DEL CODO, EN EL TTº DE FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HUMERO EN LA INFANCIA, TRAS LA RETIRADA DE LA INMOVILIZACION CON ESCAYOLA, CON TTº CONSERVADOR O QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GIL ALBAROVA JORGE	2019_0087	F	12/01/2020	RESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DE LAS INMOVILIZACIONES CON ESCAYOLA, TRAS SU COLOCACION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL Y CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGIA INFANTIL

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 261 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEÑA JIMENEZ DIEGO	2019_0342	F	26/01/2020	CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI	2019_0563	F	17/01/2020	PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE CIRUGIA URGENTE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	CALVO GONZALEZ MARIA LUZ	2019_0677	F	28/01/2020	IDENTIFICACION PRECOZ DE LA DISFAGIA, PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS EL EL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEREZ JIMENO NURIA	2019_0748	F	31/01/2020	PROTOCOLO DE CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA DEL HALLUX VALGUS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GARRIDO SANTA MARIA ISAIAS	2019_0944	F	30/01/2020	PUESTA EN MARCHA DEL RECICLAJE DE RESIDUOS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	BUISAN FRANCO MARIA CARMEN	2019_1081	S2	24/01/2020	GESTION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN LA COORDINACION Y COMUNICACION ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEREZ GARCIA JOSE MARIA	2019_1091	S1	31/01/2020	INCORPORACION DE LA PROTESIS TOTAL DE TOBILLO EN LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA LA ARTROPATIA TIBIOASTRAGALINA SEVERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PEDIATRICA	RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES	2019_1390	F	30/01/2020	PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR ATRESIA DE ESOFAGO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	AGULLO DOMINGO ALBERTO	2019_1224	S1	25/01/2020	OPTIMIZACIÓN DE LA CONSULTA QUIRÚRGICA DE ALTA RESOLUCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS	2019_1262	S1	21/01/2020	VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA TORACICA	MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO	2019_1088	S1	27/01/2020	REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA TORACICA	MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO	2019_1088	S1	24/02/2020	REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA TORACICA	GARCIA TIRADO FRANCISCO JAVIER	2019_1480	S1	27/01/2020	CONTROL DE LA INFECCION RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) EN EL S. DE C. TORACICA DEL H.U.MIGUEL SERVET: CONTRIBUCION AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS HOSPITALARIO (PROA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET COMISION DE DOCENCIA	DUASO LONGAS ELENA	2019_1507	F	20/01/2020	ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA NUEVA DOCUMENTACIÓN UTILIZADA EN LA EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGIA	CERRO MUÑOZ PAULINA ANDREA	2019_1005	F	22/12/2019	GESTION DE LA ATENCION POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PATOLOGIA DERMATOLOGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGIA	GILABERTE CALZADA YOLANDA	2019_1047	F	27/01/2020	PROYECTO VIA RAPIDA DE ATENCION AL PACIENTE CON SOSPECHA DE PATOLOGIA DERMATOLOGICA POTENCIALMENTE GRAVE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	BADIA MARTINEZ MARIA	2019_0671	S1	28/01/2020	APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE FÁRMACOS ANTITROMBÓTICOS EN UNIDADES DE ENDOSCOPIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	BERNAL MONTERDE VANESA	2019_1123	F	01/02/2020	PLAN DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON ASCITIS REFRACTARIA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA	2018_0131	F	30/01/2020	PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	LAHUERTA LORENTE LOURDES	2019_0030	F	28/01/2020	ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	LANZUELA VALERO MANUELA	2019_0863	S1	30/01/2020	OPTIMIZACION DE LAS ACTIVIDADES LIGADAS AL CONSEJO GENETICO PARA MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CANDIDATOS AL MISMO.
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA	2019_0957	S1	31/01/2020	MEJORAR EL PROCESO DE REPOSICION, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 261 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	DE DIEGO GARCIA PATRICIA	2019_0198	F	31/01/2020	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE LA TIROTOXICOSIS INDUCIDA POR AMIODARONA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	SANZ PARIS ALEJANDRO	2019_0417	S1	30/12/2019	TRATAMIENTO NUTRICIONAL PERIOPERATORIO EN CIRUGIA BARIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	NAVARRO AZNAREZ HERMINIA	2018_1491	F	29/01/2020	MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	MERCHANTE ANDREU MIRIAM	2018_1551	F	31/01/2020	MONITORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	ABAD SAZATORNIL REYES	2019_0822	F	31/01/2020	REINGENIERIA Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA IMPLANTACIONDE LA METODOLOGIA LEAN.MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	2018_1118	F	28/01/2020	FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION DEL PACIENTE GERIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	RUIZ MARISCAL MARTA	2018_1192	F	29/01/2020	MEJORA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL	2018_1202	F	30/01/2020	ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	GRACIA CUADRADO LIRIA	2019_0941	S1	28/01/2020	IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA VIVIFRAIL EN GERIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR	2018_1293	S1	28/02/2020	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001 HOSPITAL DE DIA SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	IBORRA MUÑOZ ANA	2019_0615	F	30/01/2020	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 PARA EL AÑO 2019 Y AMPLIACION DE ALCANCES EN EL AREA DE COAGULACION ESPECIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	IZQUIERDO GARCIA ISABEL	2019_1377	S1	26/02/2020	PROYECTO DE MEJORA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA DEL TRABAJO	EZPELETA ASCASO IGNACIO	2019_0925	F	31/01/2020	PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN ADULTOS A PARTIR DE 45 AÑOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	GURPEGUI PUENTE MARTA	2018_0458	S2	27/02/2020	PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA PABLO	2018_0459	S2	27/02/2020	PROYECTO PARA LA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	CARRILLO LOPEZ ANDRES	2019_0887	F	23/01/2020	APLICACIÓN DE ESTIMADORES PRONÓSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLÓGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y MONITORIZACIÓN
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	CARRILLO LOPEZ ANDRES	2019_0898	F	23/01/2020	ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	MOYA CALVO ALBERTO	2019_1206	F	29/01/2020	MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE INGRESADO CON ICTUS EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	ANDREU VAZQUEZ MANUEL	2019_1295	F	29/01/2020	MEJORA DE LA INFORMACION A LA FAMILIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO INGRESADO EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	SEVIL PURAS MARIA	2019_1075	S1	30/01/2020	DETECCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA RECOMENDACIÓN DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DEL CRÓNICO COMPLEJO DEL SALUD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	BIELSA MASDEU ANA MARIA	2019_1273	F	29/01/2020	OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS ADMINISTRADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	COLLADOS ABAD ANA CRISTINA	2019_1292	F	13/01/2020	CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	LASSO OLAYO JESUS MARIA	2019_1382	S1	31/01/2020	SEGUIMIENTO SISTEMATICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA PROCEDENTES DE LA UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	MORALES MARINA MARIA ANGELES	2019_1388	F	29/01/2020	CREACION DE UN MANUAL PARA LA AUTOADMINISTRACION DE GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE SUBCUTANEA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA NUCLEAR	ABOS OLIVARES MARIA DOLORES	2018_1027	F	24/02/2020	NORMALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALRIA DE MEDICINA NUCLEAR

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 261 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA NUCLEAR	DE LA CUEVA BARRAO LETICIA	2019_0048	F	22/01/2020	INCORPORACION DE LA ESTIMACION DE EXPOSICION DERIVADA DE LOS PROCEDIMIENTOS PET DE MEDICINA NUCLEAR AL INFORME CLINICO DEL PROCEDIMIENTO Y AL HISTORIAL DOSIMETRICO DEL PACIENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	CORTES RAMAS ANA MARIA	2019_1108	F	31/01/2020	SEGURIDAD DEL PACIENTE: INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO (IQZ)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	GIMENEZ JULVEZ TERESA	2019_1190	F	31/01/2020	CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVES DE FORMACION Y OBSERVACIONDEL CUMPLIMIENTO PARA SU MEJORA. IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE PREQUIRURGICA CONPRODUCTOS DE BASE ALCOHOLICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	GIMENEZ JULVEZ TERESA	2019_1418	F	24/02/2020	IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN ELBLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA Y LA UCSI DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	LAPRESTA MOROS CARLOS	2019_1486	F	30/01/2020	DESARROLLO E IMPLANTACION DEL SISTEMA AUTONOMICO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACION QUIRURGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	EGIDO LIZAN PILAR	2019_0788	F	30/01/2020	LEAN EN PREANALITICA DE MICROBIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA	2019_0821	F	27/01/2020	GESTION DE LOS EJERCICIOS DE INTERCOMPARACION EXTERNO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN ELMARCO DE LA ACREDITACION POR LA NORMA UNE EN ISO 15189
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	LOU ARNAL LUIS MIGUEL	2019_0240	F	28/01/2020	OPTIMIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	LOU ARNAL LUIS MIGUEL	2019_0241	F	28/01/2020	INICIO PROGRAMADO DE HEMODIALISIS HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE CRONICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	FERRER LOPEZ EMILIA	2019_1056	F	22/12/2019	ORDEN DE EXTRACCION DE MUESTRAS SANGUINEAS EN LA PREPARACION AL PACIENTE POTENCIAL RECEPTOR DE UN INJERTO RENAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	MINCHOLE LAPUENTE ELISA	2019_0446	F	31/01/2020	EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LA FUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	PINEDA CORONEL RAHALF	2019_0498	F	20/01/2020	ELABORACION DE FORMULARIO DE PETICION DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA, CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA CON SEDOANALGESIA EN NEUMOLOGIA (H.U. MIGUEL SERVET)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	VERA SOLSONA ELISABET	2019_0551	F	26/01/2020	PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	GOTOR LAZARO MARIA ANGELES	2019_0636	F	27/01/2020	PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO	2019_0704	F	16/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE BIOPSIA PULMONAR EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	MARTIN CARPI MARIA TERESA	2019_0764	F	26/01/2020	IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA CONSULTA VIRTUAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION	2019_0814	S1	31/01/2020	CIRCUITO DE CAPTACION Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PAR ALA DESHABITUACION TABAQUICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	GOMARA DE LA CAL SARA	2019_0856	F	26/01/2020	MONITORIZACION DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	MARTIN PALLAS CRISTINA	2019_1054	F	20/01/2020	ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIRUGIA	MOLES HERBERA JESUS	2019_1509	S1	01/03/2020	OPTIMIZACION DE LOS PACIENTES DE EPILEPSIA. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS Y DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	ALMARCEGUI LAFITA CARMEN	2019_0663	S1	24/01/2020	REALIZAR REGISTROS POLISOMNOGRAFICOS AMBULATORIOS (PSG) EN PACIENTES ADULTOSCON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 261 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	HADDAD GARAY MARIA	2019_0820	S1	31/01/2020	MANTENER LA CERTIFICACIÓN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	ARA CALLIZO JOSE RAMON	2019_0709	F	21/02/2020	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	LAMBEA GIL ALVARO	2019_0771	F	25/02/2020	ADAPTACION DEL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	EXPOSITO SANCHEZ CARMEN	2019_0901	F	31/01/2020	ESCUELA DE CUIDADOS PARA EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ELA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RUBIO CUESTA PATRICIA	2018_0526	F	30/01/2020	EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA Y MARCAJE GANGLIONAR CON ARPON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGO CONDE CESAR	2019_0054	S1	13/01/2020	UTILIZACION DEL PESARIO COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL EN LOS CME DEL AREA SANITARIA II. CONSULTAS DE GINECOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BORQUE IBAÑEZ AMPARO	2019_0127	S1	28/01/2020	IMPLEMENTACION RECOMENDACIONES DE DGSP-GOB ARAGON EN MATERIA DE VACUNACION FRENTE A VIRUS PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES CON LESIONES PRENEOPLASICAS-ALTO GRADO DE CERVIX UTERINO Y OTROS GRUPOS DE RIESGO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL	2019_0746	F	27/02/2020	CREACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN LA ATENCION DE LA PACIENTE CON UNA GESTACION GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN	2019_0862	F	24/02/2020	ENTRENAMIENTO EN MODELOS DE SIMULACION DE DIAGNOSTICO Y REPARACION DE DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO TRAS PARTO VAGINAL EN EL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGO RODRIGUEZ MARIA	2019_1128	F	31/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE CRIBADO DE CROMOSOMOPATÍAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	GARCIA GUTIERREZ MARIA CRISTINA	2019_0845	F	31/01/2020	SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROTOCOLO DE EXTRACCION DE ENDOTELIO EN CORNEA DONANTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	CALVO PEREZ PILAR	2019_1512	S1	30/01/2020	MEJORA DEL CIRCUITO EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES DE RETINA MEDICA MEDIANTE GPS DE LOCALIZACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	MORALES HIJAZO LORENA	2019_1121	F	31/01/2020	PROGRAMA ACOGIDA PERSONAL ENFERMERIA NUEVA INCORPORACION A ONCOLOGIA MEDICA, EDUCACION EN MANEJO DE CITOSTATICOS Y COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS ENTRE UNIDADES (H. DE DIA/HOSPITALIZACION)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	ALVAREZ BUSTO IÑAKI	2019_1175	F	09/01/2020	MEJORA DE LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR	2019_0378	F	28/01/2020	COMO FACILITAR AL NIÑO EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO: UNA PEQUEÑA MEJORA QUE APORTA MUCHO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	MENDEZ VILLAMON AGUSTINA	2019_0427	S1	27/01/2020	AMPLIACION DE LA CERTIFICACION UNE EN ISO 9001 A LA UNIDAD DE UCMORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	GASCON FERRER MARINA	2019_0429	S2	28/02/2020	DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	CAMPOS BONEL ARANTXA	2019_0431	F	29/01/2020	ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS PERTENECIENTES AL ÁREA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	GARCIA GIMENO BLANCA	2019_0601	F	21/01/2020	SEGUIMIENTO TELEFONICO DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES SOMETIDAS A BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	GUALLAR LARPA MARIA	2019_0866	F	23/01/2020	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SORDERA BRUSCA EN LOS SECTORES I Y II. CREACION DE UNA FICHA DE RECOGIDA DE DATOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	RIVARES ESTEBAN JOSE JAVIER	2019_1032	F	28/01/2020	PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL RINOLOGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	GIL PARAISO PEDRO	2019_1033	F	30/01/2020	PROPUESTA DE ALGORTMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL OTOLOGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	GUALLAR LARPA MARIA	2019_1055	F	21/01/2020	PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO	2019_1171	F	31/01/2020	SEMIOLOGIA FARINGO-LARINGEA. PROPUESTA DE ALGORITMOS PARA ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MADURGA REVILLA PAULA	2018_1068	F	31/01/2020	PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE LA RECOGIDA Y ANÁLISIS DE

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 261 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		PEDIATRIA					MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRÍA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	PEÑA SEGURA JOSE LUIS	2018_1356	S2	26/01/2020	DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	RITE GRACIA SEGUNDO	2019_1245	S1	28/01/2020	PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DE TERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GIMENO LAGUARDIA NURIA	2019_1384	F	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERÍA ORL: CONTROL Y DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIÁTRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE	2019_1422	S1	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACIÓN CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACIÓN DE CARRO DE PARADA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	MONGE FERRER ESTHER	2019_1431	F	31/01/2020	ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO ATENCIÓN ENFERMERA AL NIÑO CON DIABETES HOSPITALIZADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	GARCES FUERTES PAULA	2019_0744	F	31/01/2020	DETECCION Y NOTIFICACION PRECOZ DE EMBARAZADAS CON SEROLOGIA NEGATIVA FRENTE A PARVOVIRUS B19 Y/O CITOMEGALOVIRUS QUE TRABAJEN EN SERVICIOS DE RIESGO DEL SECTOR II ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	SOLER GONZALEZ CRISTINA	2019_0588	F	19/01/2020	SISTEMA DE DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES EN LAS U.S.M
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS	2019_0589	F	19/01/2020	MEMORIA CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE PÁGINA WEB/ENLACE INTRANET SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	GRACIA GARCIA PATRICIA	2019_0596	F	25/12/2019	USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN PACIENTE PSICOGERIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	ASENSIO MANERO MARIA CARMEN	2019_0960	F	27/01/2020	GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES CON TRANSTORNO MENTAL GRAVE (TMG)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PEREZ POZA ALFONSO	2019_1163	F	08/01/2020	PROTOCOLO DE ACTUACION EN GRUPOS MULTIFAMILIARES EN HOPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	IDINI IDINI ESTER	2019_1419	S2	23/12/2019	REGISTRO Y EVALUACION DE FACTORES MODIFICABLES EN LAS CONTENCIONES MECANICAS EN U.C.E. DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PEREZ PEMAN CAMINO	2019_1434	S2	30/01/2020	MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	MAYAYO SINUES ESTEBAN	2019_1285	F	29/12/2019	RECONSTRUCCION RADIAL EN ATROTC DENTRO DEL PROCEDIMIENTO ARTRORM DE CADERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	BERNAL LAFUENTE CELIA	2019_1393	F	08/01/2020	SEGURIDAD FRENTE A RM DE LOS PACIENTES CON DISPOSITIVOS IMPLANTABLES. ¿CÓMO PUEDO REALIZAR UN ESTUDIO RM CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE?
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	ALBA ESCORIHUELA VERONICA	2018_0219	F	13/01/2020	VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	VILLA GAZULLA DAVID CARLOS	2019_0065	S1	28/01/2020	UNIFICACIÓN DE DATOS DE TRATAMIENTO Y SEGUIMENTO DE PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE FÍSICA Y ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	JIMENEZ PUERTAS SARA	2019_0078	F	09/01/2020	ESTUDIO SOBRE OPTIMIZACION DE UNIDADES DE MONITOR EN TRATAMIENTOS CLINICOS EN RADIOTERAPIA DE SBRT DE PROSTATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	ARAGUES BRAVO JOSE CARLOS	2018_0120	S2	30/01/2020	CONTINUACIÓN DEL PROYECTO "GESTIÓN CLÍNICA DEL RAQUIS" EN 2019
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	JARIOD GAUDES RICARDO	2019_0892	F	25/01/2020	ACTUALIZACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 (2015) EN REHABILITACION NEUROLOGICA –U. LESIÓN MEDULAR Y U. DAÑO CEREBRAL - DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	TRIS ARA MARIA JOSE	2019_1378	F	27/01/2020	PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	ORELLANA GARCIA RAQUEL	2019_1465	F	23/01/2020	ESTUDIO COMPARATIVO DE TECNICA INTERVENCIONISTA ECOGUIADA FRENTE A TECNICA GUIADA POR REFERENCIAS ANATOMICAS EN PATOLOGIA DE HOMBRO. RENTABILIDAD DEL USO DE ECOGRAFO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PECONDON ESPAÑOL ANGELA	2019_0334	F	28/01/2020	UTILIDAD DE REPETICION DE CRIBADO PARA DETECCION DE

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 261 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		REUMATOLOGIA					INFECCION LATENTE/ACTIVA DE TBC EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS AL REALIZAR CAMBIO DE BIOLOGICO (POR INEFICACIA O ACONTECIMIENTOS ADVERSOS)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER	2019_0335	F	28/01/2020	ANALISIS COMPARATIVO DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFLIXIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	DE TERA MUÑOZ MONTSERRAT	2019_1203	F	21/01/2020	MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE GRAN QUEMADO INGRESADO EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	MARTINEZ CRESPO PABLO	2019_1219	F	29/01/2020	MEJORA DE LA INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U. MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	CASAUS MARGELI MARIA ANGELES	2019_1244	F	28/01/2020	MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE SEPTICO INGRESADO EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI CORONARIAS	PIQUER GOMEZ TRINIDAD	2019_0743	F	02/02/2020	PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	VICENTE DE VERA BELLOSTAS MARIA BELEN	2019_0794	F	29/01/2020	MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICIÓN DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL H.U.M.S
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI NEONATAL	PADILLA ARAGÜES GUSTAVO	2019_1050	F	30/01/2020	APRENDE DE LAS MEJORES: TUTORIZACION DE NUEVAS INCORPORACIONES EN EL AREA DE ENFERMERIA POR PARTE DE PROFESIONALES DE RECIENTE JUBILACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE DIABETES PEDIATRICA	CIVITANI MONZON ELISA	2019_1306	F	29/01/2020	MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	SANMARTIN ALLUE HECTOR	2018_1570	F	31/01/2020	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	PARRILLA HERRANZ PEDRO	2019_1096	F	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	POVAR MARCO JAVIER	2019_1110	F	31/01/2020	IMPLANTACIÓN DE LA PETICIÓN ELECTRÓNICA DE LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	GARCES HORNA SILVIA	2019_1199	F	19/01/2020	PROYECTO FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	PES LAGUNA MARIA MAR	2019_1327	F	29/01/2020	AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES NO TECNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	GIL MARTINEZ PEDRO	2016_1243	S3	23/02/2020	CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	BORQUE FERNANDO ANGEL	2019_1490	S1	31/01/2020	IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0641

1. TÍTULO

ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA BARRIO ALONSO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CME RAMON Y CAJAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ PEREZ TERESA
LORENTE GENZOR MARIA JESUS
BRAVO BRAVO EVA
PELILLO GARCIA ROSA
PUERTO BARNETO YOLANDA
ARIÑO SIMON LORENA
ARENAS PERULAN BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora. Febrero 2019
2. Elaboración de un manual de acogida para el personal de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades: Se finaliza la realización del manual en junio 2019 y se presenta al equipo del Centro médico de especialidades. Impresión en DIN A3
3. Se define un formato estándar para la elaboración de los protocolos de actuación en las consultas, se identifican las áreas a protocolizar en el CME y se presenta al centro para la revisión del resto del equipo del centro: junio 2019
4. Junio – noviembre 2019 –
Durante este periodo se han elaborado los protocolos de funcionamiento de las consultas de Cardiología, Dermatología, Digestivo, Otorrino, Ginecología, Neumología, Neurología, Oftalmología y Traumatología especificando en los mismos la realización de los procedimientos más habituales en dichas consultas (holter, biopsias, test de aliento, audiometrías, limpieza de fibroscopios, espirometrías, campimetrías, OCT.)
5. Diciembre 2019-Se presenta a la subdirección de gestión de cuidados para la aprobación y su difusión en el centro.
6. Enero 2020- Se aprueban todos los protocolos, procedimientos y se realiza reunión con todo el personal del centro. Estamos a la espera de colgarlos en la intranet del hospital en el área de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Elaboración del manual de acogida para el personal de nueva incorporación: Manual realizado- SI
2. Se entrega el manual de acogida a todos los profesionales de nueva incorporación al centro.
3. Se identifican todas las áreas a protocolizar y se elabora un formato estándar para la elaboración de dichos protocolos
4. N.º de protocolos realizados: Se realizan el 100% de los protocolos de las áreas identificadas.
Esta pendiente colgarlo en la intranet, en el área de enfermería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestro plan de acogida, se ha convertido en una herramienta útil para nuestro equipo ya que facilita la integración del personal de nueva incorporación a nuestras consultas mejorando su nivel competencial
La realización de este proyecto nos ha permitido mejorar el trabajo en equipo y la toma de decisiones en conjunto, lo que ha supuesto una gran satisfacción de todo el equipo de enfermería del centro médico de especialidades.
El apoyo al proyecto y la implicación del personal ha sido total. Ha sido muy satisfactorio poder desarrollarlo aun suponiendo un trabajo extra para todos sus integrantes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/641 ========== ***

Nº de registro: 0641

Título
ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0641

1. TÍTULO

ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

Autores:
BARRIO ALONSO ROSA MARIA, RUIZ PEREZ TERESA, LORENTE GENZOR MARIA JESUS, BRAVO BRAVO EVA, PELILLO GARCIA ROSA, PUERTO BARNETO YOLANDA, ARIÑO SIMON LORENA, ARENAS PERULAN BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CME RAMON Y CAJAL

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

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

PROBLEMA
Los planes de acogida a personal de nueva incorporación, se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos.
En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.
Dentro de este marco conceptual contar con un manual de acogida para las enfermeras que se incorporan a los centros médicos de especialidades y con los protocolos de actuación de cada una de las áreas del centro va a contribuir de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo y la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar al personal de nueva incorporación la información general más útil para la integración en los centros de especialidades
- Proporcionar información específica sobre el funcionamiento de cada una de las consultas
- Reducir el estrés que supone para las enfermeras el incorporarse al centro médico de especialidades facilitando la integración en el equipo asistencial.

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Elaboración de un manual de acogida para el personal de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades.
- Identificación de las áreas a protocolarizar en cada una de las consultas.
- Definición de un formato estándar para la elaboración de los protocolos de actuación en las consultas.
- Consenso y elaboración de los protocolos de actuación.
- Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades

INDICADORES
1. Elaboración del manual de acogida para el personal de nueva incorporación:
Manual realizado- SI

2. Entrega del manual de acogida:
El 90% de los profesionales de nueva incorporación reciben el manual de acogida

3. Elaboración formato estándar para la elaboración de protocolos y identificación de áreas a protocolarizar:
Se identifican el 100% de las áreas a protocolarizar.

4. Nº de protocolos realizados:
Se realizan el 50% de los protocolos de las áreas identificadas.

5. Satisfacción de los profesionales de nueva incorporación con la acogida recibida en el centro:
El 80% de los profesionales están satisfechos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0641

1. TÍTULO

ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

DURACIÓN
1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora:Febrero 2019
2. Elaboración del manual de acogida para personal de nueva incorporación:
1º semestre 2019
3. Identificación de las áreas a protocolarizar en cada una de las consultas:
1º semestre 2019
4. Definición de un formato estándar para la elaboración de los protocolos de
actuación en las consultas:
1º semestre 2019
5. Consenso y elaboración de los protocolos de actuación.
2º semestre 2019
6. Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación
2º semestre 2019. Se valorará cuando se complete el proyecto de acogida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0644

1. TÍTULO

ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELVIRA MARTINEZ PINILLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CME RAMON Y CAJAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEL CAMPO FERNANDEZ ANA
BLASCO INGALATURRE ANA CRISTINA
TOMEY MONTESINOS MARIA
FELIPE MARTINEZ RAQUEL
PEREZ FIGUERA GLORIA
PIÑEL LUENGO ANA CARMEN
DE SUS PEREZ CONSUELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Constitución del equipo de mejora- febrero 2019
2. Identificar, en el área de consultas externas de los centros médicos de especialidades, las patologías crónicas, más prevalentes, que precisan de un programa específico de educación sanitaria sistemática y generalizada- junio 2019
3. Diseño de las actividades formativas a pacientes crónicos según áreas especificas identificadas – Desde septiembre a noviembre 2019
5. Intervención con grupos de pacientes – noviembre- diciembre 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Áreas identificadas en consultas externas de Ramón y Cajal donde se atienden pacientes crónicos y que precisan de un programa específico de educación sanitaria sistemática y generalizado: Se identifican el 100% de las áreas donde atendemos pacientes crónicos que se pueden beneficiar de la puesta en marcha del programa de educación
2. Se diseñan el 100% de las actividades formativas identificadas
3. Se han realizado en diciembre dos sesiones en las áreas de neumología: ASMA y EPOC; en endocrino: DIABETES y en digestivo: CELIAQUIA.
4. Se presentan las guías de educación al paciente crónico
5. Profesionales están muy satisfechos con el programa realizado, pendientes evaluar los resultados en los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la mayoría de las consultas que atienden a pacientes crónicos las prácticas educativas con pacientes la realizan enfermeras/os de forma sistemática. Con el proyecto se ha generalizado los programos educativos en las consultas de enfermería que se han agendado para el seguimiento del paciente crónico por parte de la enfermera.
El desarrollo del proyecto ha supuesto un aumento en el trabajo para el personal que lo ha implantado, pero ha sido satisfactorio para todos.
Nos encontramos con ciertas dificultades para contar con espacios libres para poder desarrollar las actividades de enfermería autónomas dentro el centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/644 ========== ***

Nº de registro: 0644

Título
ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

Autores:
MARTINEZ PINILLA ELVIRA, DEL CAMPO FERNANDEZ ANA, BLASCO INGALATURRE ANA CRISTINA, TOMEY MONTESINOS MARIA, FELIPE MARTINEZ RAQUEL, PEREZ FIGUERA GLORIA, PIÑEL LUENGO ANA CARMEN, DE SUS PEREZ CONSUELO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0644

1. TÍTULO

ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

Centro de Trabajo del Coordinador: CME RAMON Y CAJAL

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

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

PROBLEMA
Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, las enfermedades crónicas, caracterizadas por ser de larga duración, de progresión lenta y discapacitantes, han aumentado drásticamente, así como la morbimortalidad asociada a ellas. Entre las diferentes estrategias de abordaje a la cronicidad, el autocuidado es una de las medidas más costo-eficientes.
Dentro de este marco conceptual es necesario desarrollar estrategias enfocadas a generar pacientes activos basadas en el autocuidado, donde las enfermeras adquieran un papel relevante como responsables del cuidado que son.
La aplicación de programas educativos en pacientes afectados por enfermedades crónicas, tienen como finalidad capacitar al paciente en la vigilancia del tratamiento, y la prevención de las complicaciones derivadas de su propia enfermedad. Es un proceso que sigue varias etapas (según el grado de aceptación de la enfermedad por el paciente) que debe de estar integrada como una parte más del tratamiento médico y de cuidados, debiendo comprender un conjunto de actividades planificadas de sensibilización, de aprendizaje y de apoyo tanto psicológico como social.
A pesar de la necesidad de la integración de la educación en el tratamiento del paciente crónico, su aplicación en las consultas médicas y de enfermería de los centros médicos de especialidades es aún muy variable.
Por el momento, en la mayoría de las consultas que atienden a pacientes crónicos las prácticas educativas con pacientes, lo realizan enfermeras/os, de forma puntual, cuando les queda un momento libre en sus actividades asistenciales, es por esto que para el equipo de enfermería de los centros médicos de especialidades es imprescindible que la educación al paciente crónico, sea una práctica sistemática y generalizada en nuestras consultas pudiendo contar con el reconocimiento del tiempo necesario para llevarlo a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS
Impulsar, coordinar y compartir contenidos formativos en salud, donde se doten de conocimientos y habilidades a las personas afectadas por patologías crónicas y a sus cuidadores para que sean capaces de aumentar el autocuidado y la corresponsabilidad sobre su proceso de enfermedad, aumentando su autonomía personal y logrando una mayor efectividad en los cuidados.

MÉTODO
1. Elaboración del Proyecto
2. Constitución del equipo de mejora
3. Identificar, en el área de consultas externas de los centros médicos de especialidades, las patologías crónicas, más prevalentes, que precisan de un programa específico de educación sanitaria sistemática y generalizada.
4. Diseño de las actividades formativas a pacientes crónicos según áreas especificas identificadas.
5. Intervención con grupos de pacientes.
6. Evaluación programa formativo de educación para la salud.

INDICADORES
1. Áreas identificadas en consultas externas de Ramón y Cajal donde se atienden pacientes crónicos y que precisan de un programa especifico de educación sanitaria sistemática y generalizado:
• Se identifican el 100% de las áreas

2. Nº de actividades formativas, a pacientes crónicos, diseñadas según las áreas identificadas:
• Se diseñan el 75% de las actividades formativas.

3. Nº de actividades formativas realizadas con grupos de pacientes:
• Se realizará como mínimo dos sesiones en cada una de las áreas definidas

4. Evaluación programa formativo:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0644

1. TÍTULO

ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

• El 80% de los pacientes y profesionales estarán satisfechos con el programa educativo

DURACIÓN
1. Elaboración del Proyecto – Febrero 2019
2. Constitución del equipo de mejora – Febrero 2019
3. Identificar, en el área de consultas externas de los centros médicos de especialidades, las patologías crónicas, más prevalentes, que precisan de un programa específico de educación sanitaria sistemática y generalizada: Marzo 2019
4. Diseño de las actividades formativas a pacientes crónicos según áreas especificas identificadas: Abril – Agosto 2019
5. Intervención con grupos de pacientes/ cuidadores : A partir de septiembre del 2019
6. Evaluación programa formativo de educación para la salud: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 - 2019/1009

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE ..... PAULA PASTOR ALCOLEA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CME SAN JOSE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN BASTIEDA MARIA ROSA
GRACIA GASCON BEATRIZ
YUBERO CISNEROS ROSA MARIA
SANCHEZ LORENTE MARIA MERCEDES
ZAMORANO MILLAN MARIA DOLORES
DIAZ MERINO MARIA LUISA
CACHO DEL AMO MARIA JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PROTOCOLO DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES EN EL C.M.E. SAN JOSÉ.
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE UNIDAD DE MUSCULOESQUELÉTICA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE DIGESTIVO EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE TOCOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE UROLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE NEUROLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROCEDIMIENTO:MEDICIÓN HEMOGLOBINA GLICOSILADA.
PROCEDIMIENTO:FIBROSCOPIA.
PROCEDIMIENTO:REALIZACIÓN DE ESPIROMETRIA.
PROCEDIMIENTO:MUESTRAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES LIPOSOMALES.
PROCEDIMIENTO:REALIZACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMA.
PROCEDIMIENTO:DESBLOQUEO NERVIOSO OCCIPITAL NERVIO MAYOR-MENOR.
PROCEDIMIENTO:AUDIOMETRIA OSEA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS ALCANZADOS 95%
CONOCIMIENTO DE PROTOCÓLOS EN LAS DIFERNTES CONSULTA, ASÍ COMO LOS ELEMENTOS DISPONIBLES Y NECESARIOS DENTRO DEL ÁMBITO DE SU APLICACIÓN.
VIGILANCIA Y CONTROL ANTE POSIBLES ALERTAS ROJAS, ASÍ COMO SU GESTIÓN.
INFORMACIÓN VERAZ, ADECUADA Y TRANSPARENTE.
CONTINUIDAD DE CUIDADOS.
GUARDAR LA INDIVIDUALIDAD Y PUDOR DE CADA PACIENTE.
EXPLICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.
FORMACIÓN CONTINUADA.
ACTUALIZACIÓN DE LOS DIFERNTES PROFESIONALES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE HA POTENCIADO LA CONTINUIDAD ASITENCIAL CON ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA.
APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA EVIDENCIA CIENTÍFICO-TÉCNICA ENTRE PROFESIONALES, PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.
HOMOGENIZACIÓN DE LA NOMENGLATURA.
IDENTIFICACIÓN UNÍVOCA DEL USUARIO,ACTIVIDADES, PROFESIONALES Y TÉCNICAS.
ESTABLECIMIENTO DE HERRAMIENTAS QUE MEJOREN LA CALIDAD DE LOS REGISTROS.
INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN, ACTIVIDAD, CALIDAD Y CONSUMO DE RECURSOS..
ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS OBJETIVOS Y HOMOGÉNEOS EN TODAS LAS AREAS..
REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN CONTINUA.
REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE SU EJECUCIÓN.
DIFUNDIR EL CONTENIDO DEL PROYECTO ENTRE TODOS LOS PROFESIONALES, E IMPULSAR SU DESARROLLO.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1009

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1009 ========== ***

Nº de registro: 1009

Título
PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTROS MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE

Autores:
PASTOR ALCOLEA PAULA, MARIN BASTIDA MARIA ROSA, ZAMORANO MILLAN MARIA DOLORES, YUBERO CISNEROS ROSA MARIA, GRACIA GASCON BEATRIZ, GONZALEZ GIMENEZ CARMEN, CACHO AMO MARIA JOSE, DIAZ MERINO MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME SAN JOSE

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

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

PROBLEMA
Los planes de acogida a personal de nueva incorporación, se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos.
En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.
Dentro de este marco conceptual contar con un manual de acogida para las enfermeras que se incorporan a los centros médicos de especialidades y con los protocolos de actuación de cada una de las áreas del centro va a contribuir de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo y la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar al personal de nueva incorporación la información general más útil para la integración en los centros de especialidades
- Proporcionar información específica sobre el funcionamiento de cada una de las consultas
- Reducir el estrés que supone para las enfermeras el incorporarse al centro médico de especialidades facilitando la integración en el equipo asistencial.

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Elaboración de un manual de acogida para el personal de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades.
- Identificación de las áreas a protocolarizar en cada una de las consultas.
- Definición de un formato estándar para la elaboración de los protocolos de actuación en las consultas.
- Consenso y elaboración de los protocolos de actuación.
- Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades

INDICADORES
1. Elaboración del manual de acogida para el personal de nueva incorporación-
- Manual realizado- SI
2. Entrega del manual de acogida –
- El 90% de los profesionales de nueva incorporación reciben el manual de acogida
3. Elaboración formato estándar para la elaboración de protocolos y identificación de áreas a protocolarizar-
- Formato para elaborar protocolos realizado / Identificación de áreas protocolarizar - SI
4. Nº de protocolos realizados
- Se realizan el 50% de los protocolos de las áreas identificadas.
5. Satisfacción de los profesionales de nueva incorporación con la acogida recibida en el centro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1009

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE

- El 80% de los profesionales están satisfechos

DURACIÓN

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Febrero 2019. Responsable: Paula Pastor

2. Elaboración de un manual de acogida para el personal de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades
- 1º semestre 2019 Responsable: Todos los integrantes

3. Identificación de las áreas a protocolarizar en cada una de las consultas
- 1º semestre 2019 Responsable: Todos los integrantes

4. Definición de un formato estándar para la elaboración de los protocolos de actuación en las consultas
- 1º semestre 2019 Responsable: Todos los integrantes

5. Consenso y elaboración de los protocolos de actuación.
- 2º semestre 2019 Responsable: Todos los integrantes

6. Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación a los centros médicos de especialidades
- 2º semestre 2019. Se valorará cuando se acabe la documentación a entregar. Responsable: Paula Pastor

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 - 2019/1013

1. TÍTULO

ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSÉ

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE ..... NATALIA HERRERA MAGALLON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CME SAN JOSE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLUEVA PLUMED MARIA PILAR
BAILO ROCHE CARMEN
ESCANILLA GARCIA LAURA
LAZARO DE PABLO EVA
PASTOR ALCOLEA PAULA
SANZ ROSA JESICA
TORRALBA SANCHEZ SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELABORACIÓN DE LOS PROYECTOS DE IMPLANTACIÓN EN EL CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSÉ DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA:
-CARDIOLOGÍA
-DIGESTIVO
-ENDOCRINOLOGÍA
-NEUMOLOGÍA
-NEUROLOGÍA
-OFTALMOLOGÍA
-REUMATOLOGÍA
-UROLOGÍA

DENTRO DE CADA CONSULTA SE DETALLAN LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN CADA UNA DE ELLAS, DISTINGUIÉNDOSE LAS QUE SE REALIZAN CON LOS PACIENTES DENTRO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA A NIVEL INDIVIDUAL, LAS QUE SE REALIZAN A NIVEL GRUPAL CON PACIENTES Y FAMILIARES, LAS ACCIONES EN LA COMUNIDAD Y LAS DE ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS AL PERSONAL TANTO DEL CME COMO DE LOS CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A ÉL.
ADEMÁS, SE HAN CREADO DIFERENTES TIPOS DE DOCUMENTOS:
-DE APOYO AL PACIENTE, QUE FACILITA LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS
-DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN EN LA CONSULTA TELEFÓNICA, FACILITANDO LA ATENCIÓN PRESTADA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-RECONOCIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES QUE ENFERMERÍA DESARROLLA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CME SAN JOSÉ Y DE LAS NUEVAS QUE, GRACIAS A ESTE PROYECTO, SE VAN A LLEVAR A CABO AMPLIANDO Y MEJORANDO LA ATENCIÓN AL INDIVIDUO Y A LA COMUNIDAD PONIENDO EN VALOR LA ACTIVIDAD ENFERMERA EN ESTE ÁMBITO.
-ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS.
-AUMENTO DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL CENTRO.
-EMPLEO EFICIENTE DE LOS RECURSOS DISPONIBLES.
-MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES ESTABLENCIENDO EL CME COMO EL EJE COORDINADOR DE LA ASISTENCIA AL INDIVIDUO Y FAMILIA ENTRE EL HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA PUESTA EN MARCHA DE CONSULTAS ESPECÍFICAS DE ENFERMERÍA EN DIFERENTES ESPECIALIDADES ENFATIZA EL IMPORTANTE PAPEL QUE ENFERMERÍA DESARROLLA EN LA ATENCIÓN AL INDIVIDUO, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD ASÍ COMO LA MEJORA EN ESTOS ÁMBITOS DADO EL ENFOQUE HOLÍSTICO QUE ENFERMERÍA APORTA.
ASÍ MISMO, HEMOS CONFIRMADO QUE SE REALIZA UN USO MÁS EFICIENTE DE LOS RECURSOS, TANTO HUMANOS COMO MATERIALES, AL ELABORAR UN PLAN DE ATENCIÓN COORDINADO ENTRE LOS NIVELES ASISTENCIALES Y LOS PROFESIONALES ENVUELTOS EN LA ATENCIÓN AL USUARIO.
CON TODO ESTO, CABE SEÑALAR QUE ES NECESARIA LA AYUDA A LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE VAN A DESEMPEÑAR ESTAS CONSULTAS POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN, TANTO FACILITANDO EL ACCESO A FORMACIÓN ESPECÍFICA COMO LIBERANDO TIEMPO DE TRABAJO PRESENCIAL EN EL QUE SE PUEDA LLEVAR A CABO ESTA FORMACIÓN.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1013 ========== ***

Nº de registro: 1013

Título
ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1013

1. TÍTULO

ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSÉ

Autores:
HERRERA MAGALLON NATALIA, LAZARO DE PABLOS EVA, SANZ ROSA JESICA, ESCANILLA GARCIA LAURA, BAILO ROCHE CARMEN, TORRALBA SANCHEZ SARA, SANCHEZ SANCHEZ ESTER, ALLUEVA PLUMED MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CME SAN JOSE

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

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

PROBLEMA
Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, las enfermedades crónicas, caracterizadas por ser de larga duración, progresión lenta y discapacitantes, han aumentado drásticamente, así como la morbimortalidad asociada a ellas. Entre las diferentes estrategias de abordaje a la cronicidad, el autocuidado es una de las medidas más costo-eficientes.
Dentro de este marco conceptual es necesario desarrollar estrategias enfocadas a generar pacientes activos basadas en el autocuidado, donde las enfermeras adquieran un papel relevante como responsables del cuidado que son.
La aplicación de programas educativos en pacientes afectados por enfermedades crónicas, tienen como finalidad capacitar al paciente en la vigilancia del tratamiento, y la prevención de las complicaciones derivadas de su propia enfermedad. Es un proceso que sigue varias etapas (según el grado de aceptación de la enfermedad por el paciente) que debe de estar integrada como una parte más del tratamiento médico y de cuidados, debiendo comprender un conjunto de actividades planificadas de sensibilización, de aprendizaje y de apoyo tanto psicológico como social.
A pesar de la necesidad de la integración de la educación en el tratamiento del paciente crónico, su aplicación en las consultas médicas y de enfermería de los centros médicos de especialidades es aún muy variable.
Por el momento, en la mayoría de las consultas que atienden a pacientes crónicos las prácticas educativas con pacientes, lo realizan enfermeras/os, de forma puntual, cuando les queda un momento libre en sus actividades asistenciales, es por esto que para el equipo de enfermería de los centros médicos de especialidades es imprescindible que la educación al paciente crónico, sea una práctica sistemática y generalizada en nuestras consultas pudiendo contar con el reconocimiento del tiempo necesario para llevarlo a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS
Impulsar, coordinar y compartir contenidos formativos en salud, donde se doten de conocimientos y habilidades a las personas afectadas por patologías crónicas y a sus cuidadores para que sean capaces de aumentar el autocuidado y la corresponsabilidad sobre su proceso de enfermedad, aumentando su autonomía personal y logrando una mayor efectividad en los cuidados.

MÉTODO
1. Elaboración del Proyecto
2. Constitución del equipo de mejora
3. Identificar, en el área de consultas externas de los centros médicos de especialidades, las patologías crónicas, más prevalentes, que precisan de un programa específico de educación sanitaria sistemática y generalizada.
4. Diseño de las actividades formativas a pacientes crónicos según áreas especificas identificadas.
5. Intervención con grupos de pacientes.
6. Evaluación programa formativo de educación para la salud.

INDICADORES
1. Áreas identificadas en CE de los CME donde se atienden pacientes crónicos y que precisan de un programa especifico de educación sanitaria sistemática y generalizado –
• Se identifican el 100% de las áreas

2. Nº de actividades formativas, a pacientes crónicos, diseñadas según las áreas identificadas-
• Se diseñan el 75% de las actividades formativas.

3. Nº de actividades formativas realizadas con grupos de pacientes
• Se realizará como mínimo dos sesiones en cada una de las áreas definidas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1013

1. TÍTULO

ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSÉ

4. Evaluación programa formativo –
• El 80% de los pacientes y profesionales estarán satisfechos con el programa educativo

DURACIÓN
1. Elaboración del Proyecto – Febrero 2019
2. Constitución del equipo de mejora – Febrero 2019
3. Identificar, en el área de CE del CME, las patologías crónicas, más prevalentes, que precisan de un programa específico de educación sanitaria sistemática y generalizada.- Marzo 2019 - Todos
4. Diseño de las actividades formativas a pacientes crónicos según áreas especificas identificadas. Abril – Agosto 2019 -Todos
5. Intervención con grupos de pacientes.A partir de septiembre del 2019 - Todos
6. Evaluación programa formativo de educación para la salud.Diciembre 2019 Responsable

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 - 2019/1499

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HERRAMIENTA EN INTRANET PARA AGLUTINAR RECURSOS FORMATIVOS E INFORMATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LUIS MIGUEL RUIZ ASENSIO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLO MARTINEZ AMPARO
CALVO VERA JOSE JUAN
PEREZ JIMENEZ RAFAEL
PARDOS GARCIA ROSA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo del proyecto era reunir los recursos informativos y formativos que se generaban en el centro de salud. La cantidad y las diversas fuentes donde se generaban hacían difícil el acceso rápido a estos.

El objetivo principal del proyecto, aglutinar recursos, no solo se ha cumplido sino que el resultado ha servido para implementar una serie de herramientas de gran utilidad para el EAP; tales como "ubicación geográfica de emergencias", horarios transporte comarcal, cobertura ausencias médicas.
El segundo objetivo de este proyecto era la facilidad de acceso al recurso creado. En este caso y dada la dispersión geográfica, y por tanto la diversidad de formas de comunicación que se utilizan en todos los consultorios de la zona de salud, solo se ha conseguido implementar en los dos grandes centros de Azuara y Belchite donde la comunicación se realiza a través de la red propia del Sector y en el resto de las consultas se realiza a través de redes externas con acceso restringido a nuestra red.

RESPECTO A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:

Tras la reunión inicial donde se creó el proyecto, y una final para valoración de los resultados, el grueso del trabajo se ha realizado haciendo aportaciones puntuales de documentos e ideas para su publicación en portal.

En este caso el grueso del trabajo ha recaído en el Servicio de Admisión, haciendo poco necesarias reuniones de seguimiento, difíciles de convocar por la dispersión geográfica de los profesionales del EAP. El aporte de ideas y recursos se ha realizado por los profesionales aprovechando sus pasos por el centro cabecera, haciendo de esta forma la aportación mucho más dinámica y eficaz.

Por otra parte, cabe destacar la eficiencia del proyecto, ya que se ha realizado utilizando los recursos existentes en los centros y consultorios de la zona. El portal está creado en el programa OpenOffice y se utiliza la intranet del Sector ya existente en los ordenadores. En este punto tenemos que agradecer la colaboración del departamento de informática del Sector que intentó instalar el acceso en todos los consultorios. Donde no se ha podido instalar hemos propuesto la creación de pendrives que alberguen los datos del portal, pero esta solución hace más complicada la actualización y requiere unos conocimientos básicos de informática para su instalación.

La implicación del EAP ha sido muy satisfactoria, ya que hemos recibido colaboración de todas las categorías profesionales de la Zona, estuvieran o no como colaboradores del proyecto.

Se trata de un proyecto finalizado en cuanto a su creación, pero que puede tener un largo recorrido en cuanto a su utilización y su actualización.

Realizamos una charla de presentación y formación en el manejo de la herramienta. En esta sesión entregamos la información necesaria para conectarse al portal, además de un tutorial de manejo. Se impartió en el centro de salud el día 1 de abril de 2019. Una copia de la presentación puede consultarse en:

https://1drv.ms/p/s%21Au8j0lUC1knagdNngmlT06LJqIKCCQ

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Es difícil evaluar la verdadera utilización del portal, al estar en una intranet, no hemos podido instalar una herramienta que mida los accesos que ha tenido el portal, tanto por cantidad como por su ubicación. No obstante, se pueden valorar los aportes realizados que han sido numerosos e ininterrumpidos durante la duración del proyecto.

Hemos publicado lo siguiente:
Material de sesiones formativas tanto internas como externas y que hayan sido recibidas o impartidas por personal del centro. (17 enlaces)
Información de interés. Aquí hemos puesto cualquier material que los profesionales necesiten conocer o comunicar a los pacientes: PABIJ, Voluntades anticipadas, ruta furgoneta comarcal y otros. (11 enlaces)
Agenda. Se puede consultar una agenda telefónica con los números de uso más habitual por los profesionales de la Zona. Se han publicado en el portal los de emergencia y cuerpos policiales. (4 items)
Impresos de uso común. Tales como Ap6, cargos a terceros, Declaración de Actividad continuada y otros. (5 enlaces)
Protocolos:
Medicina – 13 enlaces.
Enfermería – 8 enlaces.
Pediatría – 4 enlaces,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1499

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HERRAMIENTA EN INTRANET PARA AGLUTINAR RECURSOS FORMATIVOS E INFORMATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Además se ha puesto de forma permanente información necesaria para consulta rápida de algunas cuestiones como “Cobertura de consultas en caso de ausencia de su titular”, enlace con mapa Dirección General de Tráfico para ubicar las emergencias.
En total se han alojado 65 enlaces e informaciones de interés para los usuarios de los centros de salud.

Una versión no operativa del portal puede visitarse en la siguiente dirección:

https://drive.google.com/open?id=1TrqIGxzNpRKA-VatcIvhXw967vCCYrul

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La facilidad de uso de la herramienta facilita la navegación a través de los directorios donde se aloja la información.

DEBILIDADES::

Falta de actualización donde la red del Sector no llega.
Cierta dificultad de acceso a la red. Para acceder a la red es necesario registrarse con unas credenciales (solo la primera vez). Estas credenciales se entregaron en una pegatina en la sesión que se realizó para formar a los componentes de EAP.
La instalación en las consultas donde no llega la red del Sector, necesita de unos conocimientos de informática, y esto dificulta su expansión.
A pesar de la sencillez de actualización del portal se requiere conocimientos básicos del procesador de textos de OpenOffice.

7. OBSERVACIONES.
Estamos contentos con el resultado final de la herramienta. Su facilidad de uso, rapidez y la diversidad de contenidos que puede alojar nos hace pensar que puede y debe formar parte del día a día de nuestro centro de salud.
Por contra, la dificultad de expansión en los puntos donde la red del Sector no tiene un enlace estable, nos ha provocado que la implementación de esta herramienta no haya alcanzado a todos los consultorios de la zona de salud.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1499 ========== ***

Nº de registro: 1499

Título
CREACION DE UNA HERRAMIENTA EN INTRANET PARA AGLUTINAR RECURSOS FORMATIVOS E INFORMATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Autores:
RUIZ ASENSIO LUIS MIGUEL, BELLO MARTINEZ AMPARO, CALVO VERA JOSE JUAN, PEREZ JIMENEZ RAFAEL, PARDOS GARCIA ROSA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROFESIONALES CENTRO DE SALUD
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora servicio admision y disposción imnmediata de recursos a los componentes del EAP

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

PROBLEMA
En nuestro trabajo diario manejamos documentos, formularios, protocolos de actuación, actualizaciones, alertas sanitarias, material de formación... que nos llegan a través de diferentes fuentes. Muchas de ellas están alojadas en la intranet del salud, otras se nos envían por correo electrónico de forma personal, a través de los coordinadores o se encuentran en soportes físicos.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar la localización de documentos más relevantes en nuestro centro de salud desde el escritorio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1499

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HERRAMIENTA EN INTRANET PARA AGLUTINAR RECURSOS FORMATIVOS E INFORMATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

nuestro ordenador a través de un portal WEB aprovechando el disco de red que el Sector ofrece.

MÉTODO
- Creación de una herramienta tipo portal aprovechando el recurso compartido que ofrece el Sector con el fin de aglutinar información y recursos de utilidad para los profesionales que trabajan en el Centro de salud Campo de Belchite.
- Creación de una interfaz realizada con OpenOffice que facilite el acceso y uso de los recursos (Portal en HTML).
- Una vez realizada por parte del Servicio de Informática del Sector el alta de los usuarios al acceso al recurso compartido (En proceso de ejecución), se creará un acceso directo por cada usuario al portal donde se aglutinan los enlaces a documentos alojados en la propia red, así como hiperenlaces a la WEB de Salud Informa donde se alojan parte de los recursos de uso común que queremos implementar.
- Cada miembro del equipo se hará cargo de la recopilación e inclusión en el portal de la información relativa a los apartados de los que se haga responsable, actualizando los mismos según necesidades y cambios.
- En cualquier caso, la estructura que se utiliza como repositorio (árbol de directorios) será de utilidad exista o no exista la herramienta en un futuro.

INDICADORES
Grado de satisfacción de los profesionales de salud y administración:
Estandar: >8 sobre 10 (Escala Likert)
El número y cantidad de actualizaciones que se realice en el material que contenga este repositorio, será indicador de su uso y revelará su utilidad. Realizaremos una relación donde indicaremos que documento se actualiza y fecha.
Indicador:Número de documentos actualizados.
Estandar:> 20 documentos actualizados de documentos previamente aportados en el último año.
Las aportaciones que realicen los miembros del EAP serán también indicativas del uso del portal.
Indicador: número de aportaciones

DURACIÓN
La primera reunión se programará en marzo de 2019 para definir los apartados a incluir y reparto de tareas entre los componentes del grupo.
Una segunda reunión en junio de 2019 para valorar la puesta en marcha y las dificultades que surgen.
Encuesta de satisfacción y valoración a los profesionales del equipo y evaluación del proyecto 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 RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0357

1. TÍTULO

VEN Y MUEVETE, POR TU SALUD

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... AMPARO BELLO MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO VERA JOSEJUAN
PARDOS GARCIA ROSA ANA
SUÑER ABADIA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Según calendario descrito en el proyecto, se inició la actividad mediante la comunicación a la población a través de :
• Cartelería
• Pregones
• De modo directo a pacientes en la consulta
• Individuos pertenecientes asociaciones en las que pudiese divulgarse
• conectando con mujeres “clave”, aquellas con importante capacidad de comunicación de la información al resto de la población.
• Algún contacto informal con un grupo que ya realizaba la actividad aunque descartaron su participación por incompatibilidad de horarios.
• Así mismo se comentó a los compañeros del Centro de Salud la actividad.
• Como anécdota comentar que durante los paseos,algunas de las participantes instaban a unirse a nosotros a las personas que nos íbamos cruzando.

A partir del mes de junio iniciamos las marchas como fueron descritas; excepto en Moyuela,que decidió unificarlas en un paseo semanal,puesto que coincidía con las extracciones de sangre, lo que impedía la asistencia de la enfermera.
La periodicidad fue semanal, excepto si coincidía con festividad o imposibilidad de una parte importante del grupo.

Como es habitual en el mundo rural aragonés, en los meses de verano la población desplazada de las ciudades es numerosa. Aceptamos con gusto la participación de estas mujeres durante su estancia en nuestros pueblos; muchas de ellas hijas o familiares directos de nuestros pacientes; lo que ha desembocado en una comunicación mucho más fluida, tras un conocimiento personal de ambos.

En el l primer día de asistencia de cada persona se le realizó la valoración inicial, con la recogida de datos subsiguiente.

Las marchas han sido de una duración de 45 minutos aproximadamente. En ningún momento se intentó dirigir los temas de conversación por parte de los profesionales, lo que produjo una inmersión más profunda y natural en la realidad de la comunidad; así como la identificación de las redes sociofamiliares que pueden ayudarnos para ofrecer una asistencia más eficiente a nuestros pacientes.
Asimismo, algunos dias la actividad concluía con un café, o un chocolate con churros; en los que aún era más fácil una interacción con todos los participantes en las marchas.

Concluimos en diciembre; realizando la consiguiente evaluación final, completando con ello el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados que se muestran a continuación has sido obtenidos a partir de los cuestionarios de evaluación inicial y final que han rellenado los asistentes; así como del control de asistencia a las andadas.
• Porcentaje de asistencia respecto a TIS (excepto las pediátricas):
Asistentes en cada localidad participante:
? Codo-15
? Belchite-13
? Moyuela-28
El porcentaje respecto a cada TIS sería respectivamente el 10.5%, el 1% y el 20.1%.
Si hablamos del conjunto del Centro de Salud, el porcentaje sería del 3.5%. Este dato no era el objetivo programado, ya que la actividad no pudo ser ofertada en todas las localidades del Centro
El objetivo que nos marcamos fue llegar al 5%, lo cual se ha cumplido claramente, excepto en Belchite.Hay que decir también que usamos los valores de las TIS a fecha de enero del 2020; momento en el cual es muy escaso, incluso prácticamente nulo que haya desplazados en nuestro Centro, lo que produciría una leve variación en los resultados.
• Peso: variación existente entre la primera y la última sesión:
Nuestro objetivo marcado fue obtener al menos una perdida del 3% del peso total inicial; objetivo que no se ha cumplido; obteniendo únicamente una pérdida del 0.913%
• Valoración de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) con la escala analógica EuroQol-5D
Nos propusimos una mejoría entre la valoración inicial y la final de 5 puntos absolutos de media.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0357

1. TÍTULO

VEN Y MUEVETE, POR TU SALUD

En este apartado se han superado ampliamente nuestras expectativas; obteniendo una mejoría media de 15 puntos sobre 100.
• Cuestionario de Satisfacción
el objetivo propuesto fue que la valoración de la actividad por parte de los asistentes como buena o muy buena fuese mayor o igual a 50 % de la personas.
Nos congratula comunicar que TODAS las participantes que respondieron nos dieron esa valoración; exactamente un 34.6% la consideraron como buena y un 65.3% como muy buena

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La impresión de los profesionales participantes en esta actividad ha sido gratamente positiva.
Tomándolo como "excusa" y siendo a la vez un objetivo, mediante la actividad física se obtiene el doble beneficio:
• para la población, una socialización diferente, que pueda ser herramienta contra el aislamiento social y la soledad no deseada
• para los profesionales, un conocimiento de nuestros pacientes lejos de la actividad clínica; desde otro punto de vista menos medicalizado. La relación que se establece es menos asímétrica; lo que nos da un conocimiento de su realidad mucho más completa; que, a su vez estamos convencidos que revierte en una mayor calidad de nuestro trabajo del día a día.
Por otro lado percibimos una fuerte ambivalencia en estas actividades dirigidas por profesionales: de un modo positivo hemos constatado es el gran interés con el que nuevamente nos demandan esta u otra actividad aquellas mujeres que ya acudieron este año; pero a la vez vemos la dificultad de replicación espontánea de la actividad, cuando es la población la que toma el papel activo en su organización, y debe encargarse de movilizar a gente distinta de la que ya está integrada en las redes formales o informales habituales.
Tampoco hemos obtenido las pérdidas de peso que nos propusimos. Pensamos como causa tanto la dificultad que ya de por sí supone como de que hicimos más hincapié en la faceta comunitaria con el establecimiento/mantenimiento de relaciones sociales.
Para concluir este apartado no querríamos obviar la asistencia de desplazadas en los meses de verano que, si bien ha tenido el efecto negativo de la perdida de valoraciones finales de la actividad, nos parece que ha sido una participación gratamente positiva, pues nos ha mostrado más ampliamente las redes y relaciones sociales en las que están inmersas nuestras pacientes

7. OBSERVACIONES.
Aunque no estaba incluido en nuestros indicadores no podemos olvidar el reflejar en este documento que el 100% de las personas que participaron fueron mujeres y de una edad mayor de 40 años (fundamentalmente de 60)
Este dato nos parece un reflejo de la participación en buena parte de las actividades sociales que se realizan en nuestros pueblos;quizás si exceptuamos las deportivas

*** ========== Resumen del proyecto 2019/357 ========== ***

Nº de registro: 0357

Título
VEN Y MUEVETE, POR TU SALUD

Autores:
BELLO MARTINEZ AMPARO, CALVO VERA JOSE JUAN, PARDOS GARCIA ROSA ANA, SUÑER ABADIA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: poblacion general
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: estrate

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

PROBLEMA
Es por todos conocido la importante contribución que tienen los inadecuados estilos de vida en el proceso de enfermar,siendo la mejora de éstos a lo que menos recursos se dedica, a pesar de que presentan un menor coste -beneficio ; y no sólo monetariamente hablando
En nuestro entorno tenemos un ejemplo en la alta prevalencia de patología directamente relacionada con el sedentarismo. Además ésta se ve agudizada por un fenómeno social de creciente relevancia, la soledad, también como agente patógeno; y más aún en una población tan envejecida como la de nuestra comarca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0357

1. TÍTULO

VEN Y MUEVETE, POR TU SALUD

RESULTADOS ESPERADOS
Estimular el desarrollo de ejercicio fisico aerobio entre nuestra población, como forma de mejorar FRCV entre otras patologías ampliamente prevalentes en ella.
Facilitar la socilización de los mismos, reforzando el sentimiento de comunidad y posibilitando la salida de situaciones de aislamiento social, mejorando así la calidad de vida relacionada con su salud general.
Transformar a nuestros pacientes en agentes activos implicados en el cuidado de su salud, animándolos a continuar con este tipo de actividad sin la tutela del personal sanitario.
Reforzar los vinculos sanitario-paciente fuera del ámbito asistencial habitual

MÉTODO
Realización de sesión informativa al resto de profesionales del CS sobre el proyecto.
Comunicación al público en general mediante bandos, carteles...de la actividad. Contacto con las asociaciones ya existentes para mayor difusión y posible colaboración mutua para el desarrollo de las andadas.
Elaboración de hoja de registro individual para monitorizar la asistencia y constantes, además de realización de un cuestionario de valoración de la calidad de vida relacionada con la salud. Esto se repetirá el primer y el último dia de la actividad.
Creación de grupos, en cada uno de los pueblos participantes, para la realización de marchas de aproximadamente 45 minutos, por los alrededores de la localidad, con una periodicidad semanal.

INDICADORES
1. Porcentaje de asistentes(al menos a una sesión) respecto a las TIS asignadas a cada población en la que se oferta la actividad(excluidas las pediátricas). Objetivo mínimo 5%.
2. Peso(la variación existente entre la primera y última sesión). Objetivo: perdida mayor del 3% del peso total del los asistentes
3. Calidad de vida relacionada con la salud(valorado por la escala analógica del EuroQol-5D) objetivo: mejoría de al menos 5 puntos de la puntuación de su estado de salud.
4. Cuestionario de satisfacción con la actividad realizada(al final de la última sesión) Objetivo: Al menos un 50%de los participantes que respondan a él consideren la actividad como buena/muy buena.

DURACIÓN
Marzo-Abril Elaboración del proyecto y aceptación del mismo.
Comunicación de la actividad tanto en el centro de salud
como a la población.
1.
A partir de Mayo: realización de las marchas con el siguiente cronograma:

Moyuela: martes/jueves de 11 a 11,45
Codo: miércoles de 9,30 a 1,015
Belchite:Jueves de 9 a 9,45

Diciembre: evaluación de la activida

OBSERVACIONES
el cronograma puede estar sujeto a modificaciones por cuestiones meteorologicas de personal o de necesidades del centro de 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 - 2019/0363

1. TÍTULO

FORMACION EN RCP BASICA Y USO DEL DESA DE LOS ALUMNOS DEL I.E.S. BENJAMIN JARNES (BELCHITE)

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA SANCHEZ GALAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMON ARBUES ENRIQUE
SOLSONA MARTINEZ PILAR
MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA
MAZA RODRIGUEZ RUTH
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE
MORENO GARCIA DAVID JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el mes de Mayo de 2019 se creó el grupo de trabajo del que formaron parte 7 miembros del EAP del CS Campo de Belchite. A lo largo de diversas reuniones de trabajo se fueron generando roles de participación y numerosos materiales didácticos (vídeos, presentación PPT, encuestas de evaluación, etc). En el mes de Junio se iniciaron los primeros contactos con la Dirección del IES Benjamín Jarnés de Belchite, explicándose la iniciativa, objetivos de la misma y el posible cronograma de implementación de la intervención educativa. Siendo ya en el mes de Septiembre cuando se cerraron las fechas, horarios y distribución de alumnos para la realización de los diferentes talleres proyectados. Una vez conocidas estas fechas se reservaron los maniquíes de práctica de RCP, tanto de adultos como de lactantes.
En el mes de Octubre de 2019 se impartieron en la Biblioteca del centro educativo 3 talleres de 120 minutos de duración cada uno dirigidos a 3 grupos de alumnos de 28 (1º ESO), 26 (2º ESO) y 38 (3º Y 4º ESO) participantes cada uno. En cada uno de estos talleres se aseguró una ratio de al menos 1 educador por cada 6 educandos. Cada taller constó de:
1º. Prueba de evaluación de conocimientos inicial.
2º. Cuerpo de la intervención, basado en la proyección de varios vídeos, la explicación con apoyo audiovisual PPT de diferentes contenidos extraídos de las últimas Guías de la European Resucitation Council, la demostración con entrenamiento ante situaciones de parada cardiorrespiratoria (PCR), uso del desfibrilador (DESA) y obstrucción de la vía aérea (OVACE).
3º. Situación simulada de PCR con actuación a cargo de los educandos, y posterior debriefing.
4º. Prueba de evaluación de conocimientos final (igual que la inicial) y encuesta de satisfacción con la experiencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un total de 92 alumnos participaron en la experiencia (58,7% varones y 41,3% mujeres).

Los participantes evidenciaron una mejora significativa de los conocimientos en el test final respecto al inicial ($p<0,05$) con un tamaño del efecto moderado de $r=0,33$ (máximo 1). Además, hasta un 84,7% (n= 78) de los alumnos mostró una mejoría de 2 o más puntos en el test final respecto al inicial.

El estudio de la rúbrica de evaluación de la calidad del desempeño de los participantes en una situación de emergencia simulada reveló que hasta un 90,2% (n=83) de los educandos actuaba, en lo esencial, de forma adecuada.

El 96,7% de los participantes consideraron útil el taller, el 87,0% se sentían capacitados para realizar una RCP básica en una situación de emergencia tras haber realizado el taller, y el 91,3% estaría dispuesto a volver a realizarlo. Cabe reseñar que los participantes que consideraron útil la actividad fueron los que más conocimientos mostraron en el test final ($p<0,05$). Sin embargo, no hubo diferencias significativas de los conocimientos en relación a la percepción de capacidad o el deseo de repetir la experiencia.

La satisfacción de los participantes fue evaluada a través de varios ítems de una escala Likert confeccionada “ad hoc” (mínima satisfacción 1, máxima 5). La puntuación media de la satisfacción general con la experiencia fue de 4,19 (DE 0,88), con la sala utilizada de 4,00 (DE 0,95), con los materiales didácticos de 4,27 (DE 0,94) y con los docentes de 4,57 (DE 0,69).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La metodología educativa propuesta a alumnos de enseñanza secundaria ha sido bien aceptada y útil para la adquisición de los conocimientos y destrezas necesarios para afrontar una situación de emergencia. De esta forma, una amplia mayoría de los participantes son capaces de reconocer una situación de PCR, activar la cadena de supervivencia, realizar una correcta RCP y usar el DESA, colocar en posición lateral de seguridad (PLS) y manejar un episodio de OVACE. No obstante, para mantener o en su caso mejorar los resultados obtenidos, se considera necesario implementar talleres periódicos de refuerzo de la actividad.

7. OBSERVACIONES.
Este proyecto ha establecido un cauce de comunicación continuo y bidireccional entre los ámbitos sanitario y educativo de la comarca de Campo de Belchite que, en un futuro, va a permitir la puesta en marcha de nuevas iniciativas promotoras de la Salud en la Comunidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0363

1. TÍTULO

FORMACION EN RCP BASICA Y USO DEL DESA DE LOS ALUMNOS DEL I.E.S. BENJAMIN JARNES (BELCHITE)

*** ========== Resumen del proyecto 2019/363 ========== ***

Nº de registro: 0363

Título
FORMACION EN RCP BASICA Y USO DEL DESA DE LOS ALUMNOS DEL I.E.S. BENJAMIN JARNES (BELCHITE)

Autores:
SANCHEZ GALAN PATRICIA, RAMON ARBUES ENRIQUE, SOLSONA MARTINEZ PILAR, MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, MAZA RODRIGUEZ RUTH, RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, MORENO GARCIA DAVID JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La atención y puesta en marcha precoz de la cadena de supervivencia mejora de manera sustancial el pronóstico de las personas que sufren una parada cardíaca extra-hospitalaria. Asociaciones como la American Heart Association o la European Resucitation Council (ERC), recomiendan que la formación en resucitación cardiopulmonar (RCP) se imparta en los centros educativos a niños y adolescentes a partir de los 11 años. En base a estas recomendaciones, este proyecto se dirige a todos los alumnos y trabajadores del I.E.S. de Belchite. Este centro cuenta con 99 alumnos distribuidos en 7 aulas (1º a 4º de la ESO).

RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar a los alumnos de secundaria y trabajadores del I.E.S. Benjamín Jarnés en:
-El reconocimiento de una situación de parada cardíaca (PC).
-La activación de la cadena de supervivencia.
-La realización de una correcta RCP y uso precoz del desfibrilador semi-automático (DESA).
-La adecuada colocación en posición lateral de seguridad (PLS).

MÉTODO
-Contacto con la dirección del centro educativo, explicación de la iniciativa y concreción de objetivos y cronograma comunes.
-Creación de grupo de trabajo en el EAP Campo de Belchite, distribución de roles para la actividad educativa y preparación de materiales didácticos.
-Se realizará una sesión teórico-práctica de 120 minutos de duración dirigida a los alumnos y a profesores, donde les enseñaremos a reconocer una PCR y cómo actuar ante ella, según los criterios y recomendaciones recogidos en las guías actualizadas de la ERC. Se ofertarán tantos talleres como sean necesarios para conseguir una cobertura del 100% de los alumnos asegurando una ratio maniquí/alumno máxima de 1/6.

INDICADORES
En la evaluación se valorará la adquisición de conocimientos y habilidades, así como el grado de satisfacción de los participantes (educadores y educandos).
-El aumento de conocimientos se demostrará a través de la cumplimentación antes y después de la sesión educativa de un cuestionario confeccionado “ad hoc” compuesto por preguntas con múltiples opciones de respuesta siendo una única correcta.
Indicador: % de alumnos con mejoría de al menos dos puntos en la puntuación del cuestionario antes y después de la sesión. Estándar: =90%.
-El campo de las habilidades se evaluará a través de la observación del desempeño en una situación simulada con maniquíes. A través de una rúbrica se valorará la secuencia de aproximación al escenario, la calidad de la RCP (frecuencia y profundidad de compresiones) la utilización del DESA y la colocación en PLS.
Indicador: % de alumnos con observación del desempeño en una situación simulada con maniquíes con valoración positiva. Estándar: =90%.
-Satisfacción de los participantes: La satisfacción de los educadores y educandos se evaluará a través de un cuestionario tipo Likert (1-5) al finalizar la experiencia. Estándar: Puntuación media =4.

A los dos meses de la puesta en marcha del proyecto se analizará el número de sesiones realizadas y de participantes formados. También se realizará una evaluación inicial de los indicadores descritos en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0363

1. TÍTULO

FORMACION EN RCP BASICA Y USO DEL DESA DE LOS ALUMNOS DEL I.E.S. BENJAMIN JARNES (BELCHITE)

apartado anterior. La evaluación final de estos indicadores se llevará a cabo al finalizar el año escolar.

DURACIÓN
MARZO-ABRIL 2019.
-Contacto con la dirección del centro educativo.
-Creación de grupo de trabajo, distribución de roles para la actividad y preparación de materiales.
ABRIL a JUNIO DE 2019.
-Realización de sesiones educativas y análisis de los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES
A la finalización de este proyecto se espera haber establecido un canal de comunicación fluido y continuo entre el centro educativo y los profesionales del equipo de salud que permita, en el futuro, la puesta en marcha de nuevas iniciativas dirigidas a empoderar a la población adolescente y dar repuesta a sus necesidades.

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 - 2019/0364

1. TÍTULO

FOMENTO DEL USO RESPONSABLE DEL ANTIBIOTICO EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE RAMON ARBUES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ GALAN PATRICIA
PARDOS GARCIA ROSA ANA
SOLSONA MARTINEZ PILAR
MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE
MAZA RODRIGUEZ RUTH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el mes de abril de 2019 se llevaron a cabo 2 sesiones formativas con objeto de actualizar los conocimientos relativos a la prescripción y manejo de los antibióticos, a los componentes del EAP de Campo de Belchite. Para evaluar la adquisición de conocimientos se solicitó a los profesionales que cumplimentaran una encuesta de conocimientos confeccionada “ad hoc” (rango 0 mínimo, a 10 máximo) al inicio de la 1ª sesión y al finalizar la 2ª. Además, tras esta última sesión se conformó un equipo de trabajo (7 integrantes) que a lo largo de los meses de mayo y junio se encargó de generar materiales didácticos (dípticos, carteles, etc) dirigidos a fomentar el uso responsable del antibiótico en la población.

Durante los meses de junio a diciembre, estos materiales fueron utilizados para realizar educación sanitaria individual a la población atendida en consulta por diferentes procesos infecciosos (víricos o bacterianos). El aumento de conocimientos de los pacientes en relación al uso de antibióticos fue evaluado sobre una muestra de 22 pacientes a los que se les realizó un análisis pre-post en un cuestionario de conocimientos confeccionado “ad hoc” por los integrantes del equipo de trabajo.

En el mes de enero de 2020 se realizó una evaluación de la satisfacción de los profesionales del EAP con la experiencia (formación recibida y posterior desarrollo de educación sanitaria individual).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un total de 15 de los 22 profesionales del EAP acudió a ambas sesiones formativas, observándose un aumento significativo de sus conocimientos tras la impartición de la 2ª de las sesiones ($p<0,05$). Además, hasta un 73,3% de ellos (n=11) elevó su puntuación en el 2º cuestionario en 2 o más puntos.

Según nuestros registros se llevaron a cabo un total de 421 intervenciones educativas individuales. En 22 de ellos se evaluó la adquisición de conocimientos obteniéndose una mejoría estadísticamente significativa de los mismos tras el proceso educativo ($p<0,05$), siendo está mejoría de 2 o más puntos en 17 de ellos (77,3%).

La satisfacción de los miembros del EAP con la experiencia fue evaluada a través de dos ítems tipo Likert (mínima satisfacción 1, máxima 5). La puntuación media de la satisfacción general con la experiencia fue de 4,4 (DE 0,63) y con los materiales didácticos de 4,3 (DE 0,62).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La metodología de trabajo propuesta ha mostrado una buena aceptación y resultado útil en la adquisición de conocimientos de profesionales y pacientes en relación al uso responsable del antibiótico. Se considera necesario integrar esta metodología de consejo y asesoramiento breve apoyada en materiales educativos actualizados en el día a día de las consultas de la ZBS de Campo de Belchite.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/364 ========== ***

Nº de registro: 0364

Título
FOMENTO DEL USO RESPONSABLE DEL ANTIBIOTICO EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Autores:
RAMON ARBUES ENRIQUE, SANCHEZ GALAN PATRICIA, PARDOS GARCIA ROSA ANA, SOLSONA MARTINEZ PILAR, MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, MAZA RODRIGUEZ RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0364

1. TÍTULO

FOMENTO DEL USO RESPONSABLE DEL ANTIBIOTICO EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La aparición de bacterias resistentes a los antibióticos constituye una de las amenazas más serias para la salud pública. Así, la prescripción y toma razonada de antibióticos se considera esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con su uso y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Los profesionales sanitarios componemos el punto de contacto donde los pacientes acuden ante sospechas de procesos infecciosos para pedir consejo y, en muchas ocasiones, solicitando de forma indiscriminada la prescripción de antibióticos con el convencimiento de necesitarlos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Actualizar los conocimientos de los profesionales del EAP en relación al uso y prescripción de antibioterapia en los procesos más habituales gestionados en Atención Primaria.
-Elaborar materiales didácticos dirigidos a los usuarios adecuados, precisos y denotativos de la importancia de un correcto uso de los antibióticos.
-Aumentar los conocimientos de los pacientes en relación al uso responsable de los antibióticos.

MÉTODO
-Realización de formación específica sobre nuevas pautas y evidencias en antibioterapia dirigida a los profesionales del EAP.
-Creación de grupo de trabajo para la elaboración de materiales didácticos dirigidos a los pacientes.
-Educación para la salud apoyada en los materiales didácticos previamente elaborados en situaciones de sospecha de proceso infeccioso (vírico o bacteriano) y con independencia de la pauta medicamentosa escogida. Cada uno de estos casos será anotado en una hoja de registro.

INDICADORES
-Aumento de conocimientos sobre antibioterapia de los miembros del EAP evaluado a través de cuestionario “ad hoc” (mínimo 0-máximo 10) cumplimentado antes y después de la formación.
Indicador: % integrantes del EAP con mejoría de al menos 2 puntos en la puntuación del cuestionario antes y después de la formación. Estándar: =90%.
-Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de antibióticos. Estándar: asistencia =80%.
-Satisfacción de los miembros del EAP con la iniciativa (formación + intervención educativa) evaluada a través de escala tipo Likert de 1 a 5. Estándar: media =4.
-Aumento de conocimientos sobre el uso responsable del antibiótico de los usuarios participantes de la iniciativa educativa. Se evaluará a través de cuestionario “ad hoc” (mínimo 0-máximo 10) cumplimentado antes y después de la educación para la salud recibida.
Indicador: % usuarios con mejoría de al menos 2 puntos en la puntuación del cuestionario antes y después de la formación. Estándar: =90%.

DURACIÓN
Abril 2019:
-Formación en antibioterapia de los sanitarios de la zona básica de salud.
Mayo 2019:
-Creación de grupo de trabajo y elaboración de materiales didácticos.
Junio-Noviembre 2019:
-Educación sanitaria en antibioterapia apoyada en lo materiales educativos elaborados.
-Realización y registro de las actividades del punto 6
Noviembre-Diciembre 2019:
-Evaluación de las actividades realizadas y la consecución de objetivos a través de los indicadores propuestos.

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 - 2019/0364

1. TÍTULO

FOMENTO DEL USO RESPONSABLE DEL ANTIBIOTICO EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

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

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1275

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP CASABLANCA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA GARGALLO LALMOLDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASABLANCA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIEZ ZAERA OLGA
LALINDE HERRERO MARTIN
LAMPLE LACASA LUIS
GASCA BINABURO FERNANDO
AISA ROYO INMACULADA
PASCUAL PEREZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Sesiones formativas:
-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.
-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
Abordaje de infecciones respiratorias: fecha 20/04/2019
Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha 18/06/2019
En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.
2. Revisión de casos clínicos
-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.
- La selección de casos clínicos ha sido posible gracias al envío por correo electrónico en Junio de 2019, y desde el Servicio de Farmacia de AP, de los listados por CIAS de pacientes tratados en el último año con quinolonas así como del diagnóstico asociado a éstos, de tal modo que cada profesional revisó dicho listado y seleccionó alguno de los pacientes incluidos en el mismo para reevaluar la necesidad de utilizar dicho antibiótico de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 10,3, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 11,22).
En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de quinolonas.
% DDDs quinolonas/total DDDs antibióticos: En diciembre 2018 el valor era 18,10% siendo en diciembre 2019 de 13,10%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1275

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP CASABLANCA

clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las mas adecuadas.
Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.
Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.
Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1275 ========== ***

Nº de registro: 1275

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP CASABLANCA

Autores:
GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA, DIEZ ZAERA OLGA, LALINDE HERRERO MARTIN, LAMPLE LACASA LUIS, GASCA BINABURO FERNANDO, AISA ROYO INMACULADA, PASCUAL PEREZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASABLANCA

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
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.
Aunque los factores identificados como causantes del problema son diversos, el uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales. En cuanto al consumo de ATB, España (DHD receta oficial 16,17) es uno de los países con un mayor consumo y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11.
La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB y su adecuación: la incertidumbre diagnóstica, la carga de trabajo, el empirismo de los tratamientos, las expectativas de los pacientes, etc. Sin embargo existen algunas actuaciones o recomendaciones válidas para la práctica clínica diaria que han probado su eficacia en la reducción del consumo de antibióticos, como la optimización de la información clínica, la utilización de métodos de diagnóstico rápido, la elección correcta del ATB, la prescripción diferida, la revisión periódica de las actuaciones, etc
A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea.
Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP CASABLANCA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente quinolonas (Levofloxacino, moxifloxacino, ciprofloxacino) a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos que en el año 2018 supuso en el equipo el 15,9 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Sector Zaragoza II: 10,3 %).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1275

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP CASABLANCA

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de quinolonas según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.
Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con quinolonas para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

- Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
  - o Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

- Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clinico
  - o Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de fluorquinolonas respecto al total (%): DDD fluorquinolonas (J01MA) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 15,9 %
Objetivo 2019: =12%

- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
  - o % de uso de quinolonas en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: %
Objetivo 2019: Disminuir

  - o % de uso de quinolonas en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de quinolonas durante el año 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 - 2019/0768

1. TÍTULO

CAPACITACION CONOCIMIENTOS SOBRE EL ICTUS EN LA POBLACION DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR AYALA ESTEVEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENENDEZ HEVIA SERGIO
GIL GREGORIO ESMERALDA
FRAJ VALLE MARIA DEL MAR
SANCHEZ TORRES PILAR YOLANDA
ARA MARTIN GEMA
REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA
USON LUCEA SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar en 2019 formado por 6 profesionales del ámbito de la atención primaria y 2 de especializada.
Los recursos necesarios fueron, sala de reuniones, ordenadores y personal de enfermería
El grupo se propuso fijar una pauta de actuaciones con prioridad a la promoción de la salud y al empoderamiento de los pacientes sobre su salud.
Se decidió desarrollar un tríptico informativo y como técnica evaluadora una encuesta pre-test y post-test, añadiendo una pregunta de calidad en el post-test.
En la primera reunión multidisciplinar se elaboró un organigrama de sesiones en las cuales se reunía el equipo con regularidad, consensuando las decisiones relativas a la organización y distribución de tareas.
En una reunión de equipo del C.Salud de fecha 03/04/2019 expusimos el trabajo que íbamos a realizar, y todos manifestaron su apoyo.
- dos miembros del equipo se encargarían de la revisión bibliografía.
- dos miembros en dos semanas se reunirían con el personal de enfermería (personal encargado de entregar tríptico y encuestas) para consensuar el sistema de distribución y resolver dudas que pudieran surgir.
- los otros componentes del equipo irían dando forma al tríptico, y encuestas pre-lectura y post-lectura.

El tríptico está compuesto por:
1. ¿Qué es un ictus?
2. Síntomas
3. Factores modificables
4. Factores contribuyentes
5. Hábitos saludables
6. Pasatiempo : pequeño crucigrama en la parte final del tríptico con 8 hábitos saludables para reforzar lo leído y que sea más ameno.

Una vez elaborado el tríptico se ha repartido de manera aleatoria por todo el centro de salud a la población que venía por diferentes motivos a consulta, tanto consultas de adultos, de pediatría y consulta de matrona. Evaluamos conocimientos con la encuesta pre y post lectura. En la encuesta post se valorará por parte de la persona encuestada si el tríptico ha sido de utilidad o no.
Analizamos todas las preguntas para conocer el nivel de asimilación de la información difundida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realiza un estudio cualitativo con 103 personas de las cuales cumplimentaron todas la encuesta pre -lectura y post -lectura.
103 personas de las cuales, 40 personas fueron varones y 63 mujeres, quedando en porcentajes de la siguiente manera: 39% varones y 61% mujeres.

• Con respecto a los tipos de ictus que se conocían por parte de los encuestados, siendo la respuesta correcta 2 tipos (isquémico y hemorrágico). En la encuesta post hay una mejoría muy importante tras el uso del tríptico, pasando de 43 respuestas en la encuesta pre a 90 en la encuesta posterior lo que supone un aumento de 47 personas, un 52,22% más.

• En relación a los síntomas que hay que reconocer en caso de estar sufriendo un ICTUS, siendo los correctos pérdida de fuerza/sensibilidad, dolor de cabeza intenso y dificultad para hablar, los porcentajes de mejora respecto a la encuesta pre y post quedan de la siguiente manera:
o Pérdida de fuerza/sensibilidad: se pasa de 91 respuestas a 103, un 14,16% más.
o Dolor de cabeza intenso: se pasa de 57 respuestas a 89, un 35,96% más
o Dificultad para hablar: se pasa de 82 respuestas a 103, un 20,39% más.

• En relación a que número de emergencias llamar en caso de reconocer un ictus conseguimos que el 4 % de los que habrían llamado erróneamente ya sepan dónde han de llamar en caso de emergencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0768

1. TÍTULO

CAPACITACION CONOCIMIENTOS SOBRE EL ICTUS EN LA POBLACION DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

• Respecto a los factores de riesgo, se consideran correctos la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes, la hiperlipemia y el alcohol. Los porcentajes de mejora respecto a la encuesta pre y post quedan de la siguiente manera:
o La hipertensión arterial: hay una mejoría respecto a la encuesta pre con un aumento respectivo del 25,52%.
o El tabaquismo: hay una disminución en números de respuestas en la encuesta post respecto a la pre, un 10,23%.
o La diabetes: hay una mejoría respecto a la encuesta pre con un aumento respectivo del 35,9%.
o La hiperlipemia: hay una mejoría respecto a la encuesta pre con un aumento respectivo del 61,73%.
o El alcohol: hay una disminución en números de respuestas en la encuesta post respecto a la pre, un 12,35%.

• En relación a los factores saludables, siendo correctos la dieta equilibrada y el ejercicio regular, no hay cambio respecto a la encuesta pre y post, ya que la gran mayoría ha respondido a estos dos factores saludables.

• De las personas encuestadas un 96,11% ha contestado que le ha resultado útil el tríptico
. Indicadores: pasar a 100 pacientes las encuestas. Indicadores: que nos rellenen las encuestas el 80 % de los pacientes. Indicadores: que al 80% de los encuestados les haya parecido útil.

Indicador: el 100% de las personas que les dimos el cuestionario lo cumplimentó.
Indicador : que nos lo contesten el 80%, lo cumplimentaron todos.
Indicador: que al 80% les haya parecido útil. Ha sido un 96,11 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestro centro de salud está muy sensibilizado con el Ictus, llevamos años colaborando con la Asociación AIDA " Asociación Ictus en Aragón ".

La creación de este tríptico ha sido para seguir aumentando la sensibilidad de la población, además de su empoderamiento.
Actualmente, ya se ha incorporado el tríptico como documento informativo para los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/768 ========== ***

Nº de registro: 0768

Título
CAPACITACION CONOCIMIENTOS SOBRE EL ICTUS EN LA POBLACION DEL CENTRO SALUD FERNANDO EL CATOLICO

Autores:
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, MENENDEZ HEVIA SERGIO, GIL GREGORIO ESMERALDA, SANCHEZ TORRES PILAR YOLANDA, FRAJ VALLE MARIA DEL MAR, ARA MARTIN GEMA, REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sin patología especifica, población que acuda al centro de atención primaria por cualquier motivo
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Que el 80 % de los usuarios que se le ha encuestado crea que ha sido de utilidad el tríptico.

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

PROBLEMA
Sector II tiene una población 396.237 personas, Fernando el Católico atiende 16.880 personas. El Ictus es una de las causas más importantes de incapacidad permanente en el adulto, 2º causa de muerte en España, 1ª causa de muerte en las mujeres. Dada la prevalencia y morbilidad de la enfermedad, queremos saber qué nivel de conocimientos tiene nuestra población y ampliarlos. Con ello queremos que identifiquen los principales factores de riesgo, hábitos saludables, identificación de los síntomas y en caso sufrir un ictus donde llamar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0768

1. TÍTULO

CAPACITACION CONOCIMIENTOS SOBRE EL ICTUS EN LA POBLACION DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo: es que nuestra población diana identifique los principales factores de riesgo, hábitos saludables, identificación de los síntomas y en caso sufrir un ictus donde llamar

MÉTODO
1- Reunión de equipo para unificar ideas, enfocado a la elaboración de un tríptico de educación sanitaria y encuestas a realizar.
2.-Revisión bibliográfica.
3.-Reunión de equipo para creación del tríptico y creación de las encuestas pre-lectura y post-lectura del tríptico.
4.- Pasar el triptico y las encuestas en un período de tiempo determinado.
5.- Introducir y evaluar resultados .

INDICADORES
Indicadores: pasar a 100 pacientes las encuestas.
Indicadores: que nos rellenen las encuestas el 80 % de los pacientes.
Indicadores: que al 80% de los encuestados les haya parecido útil.

DURACIÓN
Fecha inicio proyecto: principios Abril
Primera reunión equipo para unificar criterios y revisión bibliografica: Mayo
Creación de tríptico y encuestas: Junio
Pasar tríptico y encuestas a los usuarios desde Julio-Octubre
Introducir y evaluar resultados Noviembre - Diciembre

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 - 2019/1408

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA ANAYA CASBAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL
VALGAÑON PALACIOS DAMIAN
GIL GREGORIO ESMERALDA
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.

El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.

Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.

Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En el EAP-Fernando el Católico, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:
-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
- Abordaje de infecciones respiratorias: 21-5-2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: 1-10-2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1408

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos
En el EAP hemos dado 2 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.
Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.
El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.
En cuanto a resultados:
o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 10, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 12,72).
o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación. En diciembre 2018 el valor era 6,40 siendo en diciembre 2019 de 5,60 (% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos).

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
• El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª geneneración en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron 71,32 % y 11,76 %, respectivamente.

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 63,49 % y 6,35 %, respectivamente.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1408

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.

Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.

Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.

Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.
La responsable del proyecto ha cambiado respecto a cuando se remitió en marzo del 2019 siendo la que aparece en los datos de esta memoria (Mª Teresa Anaya Casbas)

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1408 ========== ***

Nº de registro: 1408

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO

Autores:
SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL, VALGAÑON PALACIOS DAMIAN, GIL GREGORIO ESMERALDA, AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, ANAYA CASBAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Enfermedades del sistema Urinario
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
el EAP FERNANDO EL CATÓLICO se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación

RESULTADOS ESPERADOS
Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación

MÉTODO
-Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones.
-Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación

INDICADORES
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 5,5 %
Objetivo 2019: =2,0%.
- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1408

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO

% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 71,32 %
Objetivo 2019: Disminuir

- % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 11,76 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN
-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo.
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 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 - 2019/1413

1. TÍTULO

PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANTONIA FERRE GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROY PEREZ MARIA JOSE
VALGAÑON PALACIOS DAMIAN
CALVO GARCIA JAVIER
MARTIN DELSO MARIA SOL
GIL GREGORIO ESMERALDA
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR
PRADES PITARCH SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se efectuo una reunion de equipo para informar y formar a los miembros del equipo sobre criterios de inclusion de Paciente Cronico Complejo, su manejo y registro.
Con el envio a cada profesional de los listados de los pacientes adscritos a su cupo cada sanitario se encargo de gestionarlos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que los indicadores propuestos en el programa no se nos ha podido facilitar adjuntamos los resultados disponibles que son :

Cobertura 6,59%
Plan de intervencion 55,56%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es un proyecto interesante operativo y muy resolutivo del que nuestros pacientes cronico complejos obtienen grandes beneficios .
En este año hemos intentado una mayor implicacion de todos los profesionales y esperamos mantenernos en esta linea y mejorarla en el futuro
Por ultimo nos gustaria hacer constar, el plus de dificultad que supone para los profesionales de tarde el no tener cobertura ni accesibilidad al servicio durante nuestras horas de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1413 ========== ***

Nº de registro: 1413

Título
PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Autores:
FERRE GONZALEZ ANTONIA, ROY PEREZ MARIA JOSE, MONREAL BODIU VITORINA, COBOS ANDRES MARIA DEL ROSARIO, CALVO GARCIA JOSE JAVIER, MARTIN DELSO MARISOL, GIL GREGORIO ESMERALDA, AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Programa paciente cronico complejo
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Programa paciente cronico complejo ha sido fruto de un intenso trabajo de colaboración y consenso, de casi 2 años de duración, entre diversos profesionales de distintos colectivos del ámbito de la Atención Primaria y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1413

1. TÍTULO

PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO

de la
Atención Especializada, con el objetivo de un intento de garantizar la accesibilidad y continuidad asistencial, interviniendo en el proceso de la enfermedad, y dando un soporte tanto al paciente como al cuidador, para anticiparse a las situaciones de urgencia y claudicación, mejorando la calidad de vida y seguri dad de los pacientes, así como disminuir las asistencias urgentes y/o ingresos hospitalarios.
En Febrero de 2018,tras su presentacion se inició su implementación en los equipos de atención primaria del Sector II, a partir del mes de marzo, identificando e incluyendo a los pacientes crónicos de mayor complejidad p>99 (GMA). Paralelamente se han creado a nivel de Atención Especializada, 3 unidades específicas de asistenciaal paciente crónico complejo, en el HUMS
como referente para 15 EAP (junio 2018), HGD como referente para 3 EAP (octubre 2018) y HSJD referencia para otros 3 EAP (enero 2019)
Los datos de inclusión en el Programa son los siguientes
El total de pacientes de mayor complejida no supera el 50%, y los niveles de
plan de intervención confeccionados, sobre un 20 % de los introducidos en el aplicativo

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar registro pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99
Incrementar elaboración Planes de Intervención pacientes registrados como PCC.
Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC
Elaborar y estandarizar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en
cada EAP.

MÉTODO
Formación de los Referentes del Programa del PCC a nivel de Sector II.
Formación en los EAP del Sector II con todos los profesionales del Equipo. Establecimiento de circuitos asistenciales definidos para el PCC en ca
da Unidad Clínica.
Visitas de los Profesionales del las UCC a los EAP.
Evaluar y valorar la posibilidad de trasladar la experiencia favorecida por la Gerencia del Sector, iniciada en abril de 2018 en los C.S Almozara y San Pablo, de contar con un recurso de enfermería específico para coordinar el Programa de
PCC, a otros Centros de la organización.

INDICADORES
% PCC > 99 incluidos /PCC > 99 población diana. 30-35%(Diciembre 2018 16%, 426 pacientes/2898).
% Planes Inclusión/Total PCC incluidos en Programa.65-70% (Diciembre 2018 48%, 363/757).
% PCC 97-99 incluidos/total PCC incluidos.35-45%.(Diciembre 2018, 30%).
% PCC < 97 incluidos/total PCC incluidos. 20-25%.(Diciembre 2018, 14%).
% PCC con enfermería identificada. 80-90%.
% PCC con familiares-cuidadores identificados. 80-90%.

DURACIÓN
Formación y visitas a los Centros. Entre enero-mayo2019.
Establecimiento de circuitos asistenciales consensuados en los EAP para el PCC. Mayo-junio 2019.
Remisión mensual de evolución de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1230

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JESUS ZUMETA FUSTERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FUENTES DE EBRO
· Localidad ..... FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADELL PORTOLES PILAR
SANZ SEBASTIAN MARIA DEL CARMEN
TURLAN MARTINEZ ANA
BLASCO CELMA ALBA
DIAZ GUERRERO CARMEN
SANCHEZ GRASA MARIA PILAR
PUYO CUELLA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ASISTENCIA A CHARLAS DE FORMACION EN ZARAGOZA
sESIONES CLINICAS DE CONCIENCIACIÓN DE LOS PROFESIONALES
sE HAN EMPLEADO LOS POWER POINS DE LAS SESIONES FORMATIVAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL RESULTADO ALCANZADO EN GLOBAL HA ESTADO POR ENCIMA DE LA MEDIA EN ARAGON AUNQUE CON AVANCES POCO SIGNIFICATIVOS SOBRE LOS ESTÁNDARES MARCADOS
SE HA UTILIZADO DOS DE LOS INDICADORES: % DE PACIENTES DE LA POBLACIÓN DIANA (GMA >o= 97) QUE SE HAN INCLUIDO EN PROGRAMA Y CON RESULTADO DE 18,06% Y PLAN DE INTERVENCIÓN CON RESULTADO DE 56,10%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
VEMOS QUE ES NECESARIO MANTENER EL PROYECTO PARA PODER LLEGAR Y DESPUÉS MANTENERSE EN ESTÁNDARES QUE ESTÉN PRÓXIMOS AL 100% CON EL OBJETIVO DE MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE ESTOS PACIENTES Y SU SEGURIDAD

7. OBSERVACIONES.
CREEMOS QUE ES NECESARIO CONSEGUIR UN GRADO MÁS ALTO DE MOTIVACIÓN PROFESIONAL

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1230 ========== ***

Nº de registro: 1230

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

Autores:
ZUMETA FUSTERO JESUS, ADELL PORTOLES PILAR, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, TURLAN MARTINEZ ANA CRISTINA, BLASCO CELMA ALBA, DIAZ GUERRERO CARMEN, SANCHEZ GRASA MARIA PILAR, PUYO CUELLA JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología que suponga criterio de inclusión.
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Una de las Estrategias de mayor calado en la actual legislatura ha sido la del Abordaje de la Cronicidad, sustentado en el Programa Paciente Crónico Complejo. El mencionado Programa ha sido fruto de un intenso trabajo de colaboración y consenso, de casi 2 años de duración, entre diversos profesionales de distintos colectivos del ámbito de la Atención Primaria y de la Atención Especializada, con el objetivo de un intento de garantizar la accesibilidad y continuidad asistencial, interviniendo en el proceso de la enfermedad, y dando un soporte tanto al paciente como al cuidador, para anticiparse a las situaciones de urgencia y claudicación, mejorando la calidad de vida y seguridad de los pacientes, así como disminuir las asistencias urgentes y/o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1230

1. TÍTULO

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

ingresos hospitalarios. En Febrero de 2018, se hizo la presentación institucional del Programa, comenzándose su implementación en los equipos de atención primaria del Sector II, a partir del mes de marzo, identificando e incluyendo a los pacientes crónicos de mayor complejidad p>99 (GMA).

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar registro pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99 Incrementar elaboración Planes de Intervención pacientes registrados como PCC.
Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC
Elaborar y estandarizar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en cada EAP.

MÉTODO
Formación de los Referentes del Programa del PCC a nivel de Sector II.
Formación en los EAP del Sector II con todos los profesionales del Equipo. Establecimiento de circuitos asistenciales definidos para el PCC en cada Unidad Clínica.
Visitas de los Profesionales del las UCC a los EAP. Evaluar y valorar la posibilidad de trasladar la experiencia favorecida por la Gerencia del
Sector, iniciada en abril de 2018 en los C.S Almozara y San Pablo, de contar con un recurso de enfermería específico para coordinar el Programa de PCC, a otros Centros de la organización.
Se plantea como primera opción, por sus características, el C.S. Sagasta, con los equipos de Ruiseñores y Miraflores.
Feed-back asistencial semanal de actividad realizada en cada Unidad PCC.

INDICADORES
% PCC > 99 incluidos /PCC > 99 población diana. 30-35% (Diciembre 2018 16%, 426 pacientes/2898).
% Planes Inclusión/Total PCC incluidos en Programa. 65-70% (Diciembre 2018 48%, 363/757).
% PCC 97-99 incluidos/total PCC incluidos.35-45%. (Diciembre 2018, 30%).
% PCC < 97 incluidos/total PCC incluidos. 20-25%. (Diciembre 2018, 14%).
% PCC con enfermería identificada. 80-90%.
% PCC con familiares-cuidadores identificados. 80-90%. DURACIÓN Y

DURACIÓN
CALENDARIO PREVISTOS
Formación y visitas a los Centros. Entre enero-mayo 2019.
Establecimiento de circuitos asistenciales consensuados en los EAP para el PCC. Mayo-junio 2019.
Remisión mensual de evolución de indicadores

OBSERVACIONES
Las reuniones las convocará el Responsable del Proyecto y en su defecto el 2º Componente o 3º, consecutivamente. Deberá asistir al menos el 50% de los componentes a cada reunión.

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 - 2019/1232

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA SUMELZO LISO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FUENTES DE EBRO
· Localidad ..... FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ ESCARTIN ANA
CASTELLANO IRALDE SUSANA
SABATER PARALLUELO CONCEPCION
PEÑA GASCON MARIA JOSE
BENIABDELLAH UMAYMA
ADELL PORTOLES PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el primer trimestre se realizó una reunión con fecha 12 febrero 2019, con la asistencia de 6 miembros del equipo de mejora, donde se planificó la estrategia a seguir en cuanto a la actuación de los profesionales integrados en el grupo y su posterior difusion al resto del EAP. Incidiendo en la solicitud de microalbuminuria y su posterior registro, revisión periodica por cada uno de los profesionales del Cuadro de Mandos de Diabete fomentando al autoevaluación, y la exploración del pie diabetico con monofilamento y diapasón en nuestro caso.
La siguiente reunión fue el 11 junio 2019, donde se revisó el Cuadro de Mandos y se volvió a insistir en la valoración del pie diabético y de riesgo.
La última reunión fue el 17 diciembre 2019, con la asistencia de 5 componentes y en la que se volvió a revisar el Cuadro de Mandos y se recogieron los datos finales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADOR 1 : % pacientes diabéticos en los que consta al menos una determinación de microalbuminuria en el último año. Estandar, incremento de un 10% en el sector respecto a datos diciembre 2018, superior al 50 %. Sector II, diciembre 2018 41 %, diciembre 2019 53 %. C.S. Fuentes de Ebro, diciembre 2018 46 %, diciembre 2019 52%.
INDICADOR 2 : % pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de exploración de pie diabético en el último año. Estandar, incremiento de un 10% enel sector respecto a datos diciembre 2018, superior al 48%. Sector II, diciembre 2018 16 %, diciembre 2019 25 %. C.S. Fuentes de Ebro, diciembre 2018 12 %, diciembre 2019 20 %.
INDICADOR 3 : % pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de riesgo de pie diabético en el último año. Estandar, incremento de un 10 % en el sector con respecto a datos diciembre 2018, superior al 25 %. Sector II diciembre 2018 16%, diciembre 2019 25 %, C.S. Fuentes de Ebro diciembre 2018 12 %, diciembre 2019 20 %.
Todos los datos obtenidos se han recogido del Cuadro de Mandos de Diabetes, con monitorización en febrero, junio y diciembre 2019, coincidiendo con las reuniones del equipo de mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con los datos registrados podemos llegar a las siguientes conclusiones :
INDICADOR 1, Sector II 53%, C.S. Fuentes de Ebro 52 %. Estandar superior al 50 %. en ambos se ha conseguido.
INDICADOR 2, Sector II 25 %, C.S. Fuentes de Ebro 20 %. Estandar superior 48%. No se ha conseguido en ninguno de los dos.
INDICADOR 3, Sector II 25 %, C.S. Fuentes de Ebro 20 %. Estandar superior 25 %. El sector ha alcanzado no así el C.S.
Dado que exceptuando el registro de microalbuminuria, y aún así es mejorable, no hemos alcanzado los objetivos propuestos, se plantea la continuidad del proyecto, incidiendo en la necesidad de concienciar al EAP de la solicitud correcta y registro de microalbuminuria, aumentado así la cobertura actual. Lo mismo respecto a la exploración y evaluación de riesgo de pie diabetico, pudiendo detectar lesions de forma más precoz, evitando mayores consecuencias, así como adiestrar y educar al paciente diabético en su propio cuidado y vigilar la aparición de lesiones .
Se propone aumentar el número de sesiones formativas, respecto a la exploración y el registro correcto, fomentando la revisión periódica por parte de los profesionales del Cuadro de Mandos de Diabetes como método de autoevaluación y de esta forma poder incidir en los puntos que precisen más atención por nuestra parte.

7. OBSERVACIONES.
En el momento actual la profesional Concepción Sabater Paralluelo se ha trasladado a otro Centro de Salud y dejará de formar parte de este grupo de mejora.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1232 ========== ***

Nº de registro: 1232

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1232

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

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

Autores:
SUMELZO LISO ANA CRISTINA, DOMINGUEZ ESCARTIN ANA, BOLEA GORBEA CARLOS, CASTELLANO SUSANA, SABATER PARALLUELO CONCEPCION, PEÑA GASCON MARIA JOSE, BENIABDELLAH UMAYMA, ADELL PORTOLES PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

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
Desde la creación y desarrollo del cuadro de mando de diabetes, que permite el seguimiento de los principales indicadores ligados a esta estrategia, en el Sector Zaragoza 2 venimos observando problemas de registro mantenidos en el tiempo, centrados fundamentalmente en dos de ellos, como a continuación se expone:
- La determinación de microalbuminuria, que a pesar de formar parte del perfil de diabetes, tiene una cobertura sensiblemente inferior (alrededor del 20% menos) al resto de parámetros recogidos en dicho perfil, (por ejemplo, GFR, LDL o HBA1C en el año 2018), alcanzando una cobertura del 39,37%, (por debajo de la media del SALUD), lo que puede tener evidentes repercusiones en mortalidad cardiovascular.
Históricamente este indicador ha tenido como valor máximo en este Sector el 43%, que data de 2014.
- La exploración y evaluación del riesgo del pie diabético, apenas llega al 10% (9,65 en diciembre de 2018, cuando hace 2 años llegó hasta un 26,63%), y la valoración del pie diabético, está en un 38,74%, lo que puede tener consecuencias en un aumento de complicaciones de los pacientes afectados, con incremento de la tasa de amputaciones, y comprometiendo la iniciativa de la puesta en marcha de las consultas de la Unidad de Pie diabético, si no se consigue la implicación de los profesionales de Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar la cobertura de SOLICITUD Y REGISTRO de microalbuminuria.
Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético.

MÉTODO
Se ha realizado un análisis modal de fallos y errores para cada uno de los indicadores a partir del cual se plantean las siguientes actividades:
- Creación de un GRUPO de proceso del Sector II, con líderes reconocidos, con la finalidad de análisis y realización de formación específica en los centros de salud del Sector II.
- Valoración de a necesidad de rediseño del volante de perfil de diabetes para que consten explícitamente los contenidos a mejorar en su impresión.
- Valoración del rediseño del circuito de extracciones para asegurar la verificación de la presentación de la muestra de orina solicitada.
- Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación.
- Formación en Pie diabético: Por qué debe explorarse y cómo se explora.
- Asegurar la infraestructura básica para la exploración del pie diabético: disponibilidad de monofilamentos, plan plurianual de renovación de doppler.

INDICADORES
% de pacientes diabéticos en los que consta al menos determinación de microalbuminuria en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre 2018, Superior al 50%.
% de pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de exploración de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre de 2018. Superior al 48%.
% de pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de riesgo de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre de 2018. 25%.
Monitorización de los indicadores en el Sector y centros con periodicidad cuatrimestral (Enero, Mayo, Septiembre 2019), y reunión del equipo de proceso para su valoración.

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1232

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

acceso y autoevaluación por parte de los EAP a los indicadores de la Estrategia, a través del Cuadro de Mandos de Diabetes.
- La renovación de doppler/monofilamento, en dependencia del plan de necesidades

OBSERVACIONES
Las reuniones las convocará el responsable del Proyecto y en su defecto el 2º componente o 3º, consecutivamente. Deberá asistir al menos el 50% de los componentes a cada reunión.

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 - 2019/1301

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP FUENTES EBRO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARLOS BOLEA GORBEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FUENTES DE EBRO
· Localidad ..... FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUMELZO LISO ANA CRISTINA
NAVARRA VICENTE BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.
-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha 5 FEBRERO 2019
En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial
Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.
Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mejorado en general la prescripción de DHD de antibioticos de amplio espectro en Fuentes de Ebro con respecto a las DHD que se prescribian en el año 2018(39.7%). Las quinolonas se han reducido en un 11.30%. La prescrición de cefalosporinas de tercera generación, objeto del presente programa se ha mantenido practicamente constante pese a la formación especifica que se ha impartido. Analizando los datos por episodios donde se han prescrito este grupo de antibioticos y comprobando el pequeño porcentaje que representa dicho grupo de antibióticos con respecto al total de antibioticos prescritos, se ha constatado que han sido prescritos en unas circunstancias particulares y poco modificables (prescripción inducida) y por personal ajeno al actual equipo de atención primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Solo si se prioriza la prescripción racional de antibióticos se pueden lograr los resultados que estamos alcanzado un año tras otro. Son pequeños resultados pero significativos que se veían imposibles hace años debido a la tendencia creciente de los profesionales a la prescripción y a la demanda de antibióticos de la población.
Se está incidiendo con sesiones clinicas documentadas y seguimientos de diversos indicadores de cantidad y calidad de DHD que nos hacen ser mas optimistas de lo que eramos.
Nos ayudan diversas campañas a nivel nacional y comunitario y el apoyo del programa constante del proyecto PROA, aunque reconocemos que todavía tenemos un gran camino por recorrer

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1301 ========== ***

Nº de registro: 1301

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FUENTES DE EBRO

Autores:
BOLEA GORBEA CARLOS, SUMELZO LISO ANA CRISTINA, NAVARRA VICENTE BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1301

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP FUENTES EBRO

Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. En España las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.
El uso excesivo e inapropiado de ATB es la causa principal. España es uno de los países con un mayor consumo(DHD receta oficial 16,17) y con altas tasas de resistencias. Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11.
La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona)aparecen categorizados de supervisados y que debería limitarse y controlarse su uso

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP FUENTES DE EBRO se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos que en el año 2018 supuso en el equipo el 3,4 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO
1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES
Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clinico
Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 3,4 %
Objetivo 2019: =2,0%

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 58,22 %
Objetivo 2019: Disminuir

% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 26,71 %
Objetivo 2019: Disminuir

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1301

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP FUENTES EBRO

DURACIÓN
Marzo-septiembr: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 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 - 2019/1045

1. TÍTULO

FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PARA MAESTROS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ NAVARRA VICENTE
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS FUENTES DE EBRO
· Localidad ..... FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE HIDALGO MIGUEL
ARNAL RUBIO EVA
SUMELZO LISO ANA CRISTINA
CASTELLANO IRALDE SUSANA
BARBA GUZMAN MARIA
ARMANGUE SANZ SILVIA
TURLAN MARTINEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el primer trimestre de 2019 se contactó con todos los colegios de la zona de salud de Fuentes de Ebro, queriendo tomar parte en el proyecto todos los colegios públicos.

Se propuso la realización de la formación en dos sesiones de una hora y media; la primera más teórica, con apoyo de imágenes y vídeos y mostrando material de uso habitual en primeros auxilios en la escuela y la segunda eminentemente práctica, mediante uso de muñecos y material de desfibrilador.

Durante el segundo trimestre de 2019 se realizaron las sesiones en el colegio de Quinto (29 de mayo y 12 de junio) y El Burgo de Ebro (17 de mayo y 31 de mayo). La sesión en el colegio de Gelsa, a petición del centro, se realizó en una sola sesión el día 9 de mayo.

Durante el último trimestre de 2019 se realizaron las sesiones en el colegio público de Fuentes de Ebro (13 de noviembre y 4 de diciembre) y en el de Pina de Ebro (17 de septiembre y 9 de octubre).

Al finalizar las sesiones se entregó encuesta de satisfacción para su cumplimentación y se proporcionó el material audiovisual para la escuela.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se habían diseñado dos indicadores

Indicador 1: realización de al menos una intervención con cada centro escolar que participe en el proyecto.
Estandar: se fijará un estandar mínimo como intervención de al menos una sesión de 2,5 horas o 2 sesiones de 1,25.
Se ha cumplido el objetivo, con la realización en 4 de los 5 centros de 2 sesiones de 1,5 horas y un centro una sesión de 2 horas y media a petición del profesorado
Fuente de datos: registro de actividades formativas.

Indicador 2: satisfacción: al menos el 65% de los asistentes consideran adecuada la actividad.
Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

El análisis de la encuesta da los siguientes resultados.¿Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenías respecto al curso? (evaluar del 1 al 10) Media: 8,8

¿En qué grado son útiles y aplicables los contenidos aprendidos? (evaluar del 1-10) Media: 9,6
La metodología empleada por los docentes, ¿ha sido adecuada para el correcto desarrollo de las sesiones? (evaluar del 1-10) Media: 9,1
Cuál es tu valoración global del curso (evaluar del 1-10) Media: 9

Propuestas de mejora:
Dedicar más tiempo a las actividades prácticas
Tener más muñecos para practicar
Hacer extensible la formación a alumnos

Observaciones:
Debería ser obligatorio para todo el profesorado.
Muy interesante, formación de este tipo todos los años

Se ha cumplido el objetivo inicial marcado, superando incluso las expectativas iniciales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha cumplido con el objetivo de realizar formación y capacitación en el personal docente para manejo de situaciones de primeros auxilios cotidianas en la escuela, encontrando además un alto grado de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1045

1. TÍTULO

FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PARA MAESTROS

aceptación.

El trabajo con profesionales de otras disciplinas reporta beneficios para la población, ya que mejora la comunicación con los centros escolares y facilita la interrelación de cara al manejo de nuestros pacientes. Los docentes de centros rurales tienen una inquietud constante por la formación y que ésta se pueda realizar en su centro desde el EAP rural facilita la misma.

El proyecto ha cumplido con su objetivo inicial de formar al profesorado en primeros auxilios, obteniendo además un alto grado de aceptación.

Como inquietud por parte de los docentes, recogemos la necesidad de realizar este tipo de reciclaje con más frecuencia y el interés en los diferentes colegios de extender esta formación a alumnos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1045 ========== ***

Nº de registro: 1045

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA MAESTROS

Autores:
NAVARRA VICENTE BEATRIZ, LAFUENTE MIGUEL, ARNAL EVA, SUMELZO LISO ANA CRISTINA, CASTELLANO SUSANA, BARBA MARIA, ARMANGUE SILVIA, TURLAN MARTINEZ ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Primeros auxilios
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Colaboración comunitaria con centros escolares
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Nuestra población pediátrica pasa mucho tiempo en los centros escolares, donde es frecuente que puedan sufrir algún accidente fortuito o iniciar problemas agudos que puedan requerir intervención por parte del personal docente. Así mismo, acuden niños con patologías crónicas que pueden requerir una precaución especial por reagudización de su patología de base o administración de algún fármaco durante el horario lectivo

RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar al personal docente para la actuación inicial en situaciones de urgencia, hasta la movilización y llegada de los servicios sanitarios correspondientes.

MÉTODO
El centro de salud de Fuentes de Ebro engloba a 6 colegios repartidos en diferentes municipios de la zona.

Previa a la presentación de éste proyecto, se ha contactado con todos los centros escolares para valorar el interés del profesorado, siendo muy bien recibido y mostrando todos ellos interés por el proyecto.

En cada centro educativo que desee tomar parte en el proyecto se realizará una formación de aproximadamente dos horas y media, realizadas en una o dos sesiones en función de la disponibilidad del profesorado. La formación se realizará por parte del personal sanitario implicado en éste proyecto.

Las sesiones tendrán un formato teórico-práctico, con explicación de las diferentes emergencias, vídeos de demostración de las actuaciones, técnicas y materiales a utilizar y simulacro de reanimación con muñeco al finalizar el taller.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1045

1. TÍTULO

FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PARA MAESTROS

Se cumplimentará una hoja de asistencia y se diseñará una encuesta de satisfacción a cumplimentar por los alumnos al final de las sesiones que englobará items relacionados con expectativas, objetivos cumplidos y metodología empleada.

INDICADORES
Indicador 1: realización de al menos una intervención con cada centro escolar que participe en el proyecto

Estándar: se fijará un estandar mínimo como intervención de al menos una sesión de 2,5 horas o 2 sesiones de 1,25 horas

Fuente de datos: registro de actividades formativas.

Indicador 2: satisfacción: al menos el 65% de los asistentes consideran adecuada la actividad.

Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

DURACIÓN
En el primer cuatrimestre de 2019, contacto y confirmación de calendario para desarrollar el proyecto con los centros educativos interesados.

Realización de sesiones docentes durante el segundo y tercer cuatrimestre de 2019, pudiendo realizar alguna sesión excepcional si el profesorado así lo requiere durante el primer cuatrimestre de 2020.

Primer trimestre de 2020 evaluación del proyecto (actividades realizadas y encuestas de satisfacción)

En caso de que así sea requerido, el proyecto será extensible a próximos 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 - 2019/1216

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP PARQUE ROMA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SUSANA LARRIPA DE LA NATIVIDAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOROSTIZA MATEO MARIA LUISA
PINA GADEA MARIA BELEN
LABARTA MANCHO CARMEN
ZUMETA FUTERO TERESA
AZNAR PEREZ INMACULADA
USON MARTIN ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5. ACTIVIDADES REALIZADAS *

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.
El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.
Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de quinolonas cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.
Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.
En el EAP Parque Roma, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:
1. Sesiones formativas:
-El responsable de antibióticos del EAP, Dra Susana Larripa, ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.
-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
- Abordaje de infecciones respiratorias: fecha, 09/05/2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha, 18/09/2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos
-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1216

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP PARQUE ROMA

En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.
- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de quinolonas cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.
Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.
En el EAP Parque Roma, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:
1. Sesiones formativas:
-El responsable de antibióticos del EAP, Dra Susana Larripa, ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.
-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
- Abordaje de infecciones respiratorias: fecha, 09/05/2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha, 18/09/2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos
-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.
- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1216

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP PARQUE ROMA

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP hemos dado 3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.
Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.
El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

• En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:

o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 13,7, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre:15,15).

o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación
En diciembre 2018 el valor era 509, siendo en diciembre 2019 de 354.

% envases amoxicilina/total envases amoxicilina-clavulánico: 65,54% /67,8%
% envases macrólidos/total envases antibióticos: 22,6%/22,20%
% DDDs quinolonas/total DDDs antibióticos : 11,20%/ 10,10%
% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos: 5,3%/4,20%

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

• El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª gen de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª gen en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron 5,30%.

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª gen en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 4,20%.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.
Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1216

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP PARQUE ROMA

habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.
Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.
Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1216 ========== ***

Nº de registro: 1216

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAL PARQUE ROMA

Autores:
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, GOROSTIZA MATEO MARIA LUISA, PINA GADEA MARIA BELEN, LABARTA MANCHO CARMEN, ZUMETA FUSTERO TERESA, AZNAR PEREZ INMACULADA, USON MARTIN ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Fundamentalmente infec respiratorias y urológicas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: Fomentar la implementación de sesiones clínicas en el EAP, y la relación / participación entre sus miembros
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.
La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).
Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP PARQUE ROMA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos que en el año 2018 supuso en el equipo el 4,6 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Sector Zaragoza II: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1216

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP PARQUE ROMA

microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
? Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
? Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO
Actividades
1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.
Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES
Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
o Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
? Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clinico
o Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
? Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 4,6 %
Objetivo 2019: =2,0%

? Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 82,91 %
Objetivo 2019: Disminuir
o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 3,93 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN
Cronograma:
-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 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 - 2019/1462

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP PUERTA DEL CARMEN

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... AMPARO HERNANDEZ MORA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAVERO PEREZ ANA
GUALLART CALVO MARIA REYES
SANCHO RAIMUNDO SHEILA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.
El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.
Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.
Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.
En el EAP Puerta del Carmen para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:
1. Sesiones formativas:
-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.
-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
• Abordaje de infecciones respiratorias: fecha:12/04/19
• Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha: 24/09/19
En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

CENTRO	RESPONSABLE	SESION INFECC RESPIRATORIAS	SESIÓN URINARIAS
ALMOZARA	Belén Brun Alonso	05/06/2019	21/11/2019
CAMPO DE BELCHITE	Rosana Pardos García	06/05/2019	14/06/2019
CASABLANCA	Jose M. Gargallo Lalmolda		18/06/2019
FDO. EL CATOLICO	Mª Teresa Anaya Casbas	21/05/2019	01/10/2019
FUENTES DE EBRO	Carlos Bolea Gorbea		
FUENTES NORTE	Mª Antonia Sanchez Calavera	21/03/2019	12/06/2019
PARQUE ROMA	Susana Larripa	9/05/2019	18/09/2019
PTA. DEL CARMEN	Amparo Hernandez Mora	12/04/2019	17/09/2019 (Belén)
REBOLERIA	Gloria Navarro Aznarez	11/04/2019	09/07/2019
SAGASTA-MIRAFLORES		28/03/2019	10/07/2019
SAGASTA-RUISEÑORES	Pedro Antonio Luna Rodrigo	28/03/2019	10/07/2019
SAN JOSE CENTRO	Mª Pilar Lalana Josa	09/04/2019	24/06/2019
SAN JOSE NORTE	Antonio Abanto Viamonte	09/04/2019	24/06/2019
SAN JOSE SUR	Pilar Lopez Esteban	16/04/2019	
SAN PABLO	9/04/2019	25/09/2019	

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1462

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP PUERTA DEL CARMEN

SASTAGO Mª Teresa Sartolo Romeo 01/04/2019 16/09/2019
SEMINARIO Olga Blasco Ronco 28/05/2019 09/10/2019
TORRE RAMONA Mª Jesús Perez Aranda 09/04/2019 05/09/2019
TORRERO Vicente Villar Sebastian 10/04/2019 11/07/2019
VALDESPARTERA Noelia Sorinas Delgado 9/05/2019 07/11/2019
VENECIA Sara Arquillué Barona 16/04/2019
PEDIATRÍA 08/05/2019 12/06/2019
RESPONSABLES ANTIBIOTICOS 14/03/2019 11/06/2019

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos
-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.
- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.
- La selección de casos clínicos ha sido posible gracias al envío por correo electrónico en Junio de 2019, y desde el Servicio de Farmacia de AP, de los listados por CIAS de pacientes tratados en el último año con amoxicilina-clavulánico / quinolonas / macrólidos así como del diagnóstico asociado a éstos, de tal modo que cada profesional revisó dicho listado y seleccionó alguno de los pacientes incluidos en el mismo para reevaluar la necesidad de utilizar dicho antibiótico de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el EAP hemos dado 2-3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.
Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación, El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.
2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
• En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.
En cuanto a resultados:
o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitantes días) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 9,3, lo que ha supuesto un aumento respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 0,01).
o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación. En diciembre 2018 el valor era…4,80 % siendo en diciembre 2019 de 5%, el objetivo era reducir al 2% el consumo de cefalosporinas en 2019

% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos:
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.
3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1462

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP PUERTA DEL CARMEN

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

• El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª gen/ procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron: en vías respiratorias: 77,96% (145) y en vías urinarias: 6,45% (12)

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª gen en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de en vías respiratorias: 65,36% (117) y en vías urinarias: 9,50% (17)

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en los procesos respiratorios, pero no hemos mejorado en los procesos de vías urinarias, intentaremos en el próximo año mejorar el uso de antibióticos en estos procesos, aun así, hemos mejorado fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.
Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.
Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.
Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1462 ========== ***

Nº de registro: 1462

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP

Autores:
HERNANDEZ MORA AMPARO, GUALLART CALVO MARIA REYES, SANCHO RAIMUNDO SHEILA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)

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 .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1462

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP PUERTA DEL CARMEN

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
ustificación
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.
La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).
Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP PUERTA DEL CARMEN se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos que en el año 2018 supuso en el equipo el 4,0 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Sector Zaragoza II: 2.8%).

RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO
1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.
Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES
Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clinico
Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 4,0 %
Objetivo 2019: =2,0%

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 77,96 %
Objetivo 2019: Disminuir

% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 6,45 %
Objetivo 2019: Disminuir

ANEXO. INDICADORES CONSUMO ANTIBIOTICOS 2018 Y DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS AL USO DE CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACIÓN.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1462

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP PUERTA DEL CARMEN

DURACIÓN
Cronograma:
-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 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 - 2019/0204

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD LA ALMOZARA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SARA VIADAS NUÑEZ
· Profesión ..... EIR
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN BERNAD DANIEL
SANCHEZ VELA ARACELI
SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES
OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA
BUJEDA CAVERO MARIA JOSE
ROCCA JIMENEZ MARTA
RUIZ SANNIKOVA OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En mayo de 2019 se formó el equipo encargado de llevar a cabo este proyecto, poniendo en común los objetivos a cumplir, los distintos temas que se ahondarían durante el mismo y el organigrama.
Se acordó que se llevarían a cabo cuatro talleres grupales en el centro de salud, que se realizarían entre octubre y diciembre, según disponibilidad. Se decidió que el número de participantes estaría entre 10 y 15.
La forma de captación sería a través de las listas de pacientes que hayan realizado la fase II de rehabilitación cardiaca, aportada por dicho servicio.
Cada taller tendría alrededor de una hora de duración, y en cada uno se trataría un tema: ejercicio físico, alimentación saludable, deshabituación tabáquica y adherencia al tratamiento. La estructura de los talleres estaría organizada con una primera parte en la que se presentaría una pequeña introducción teórica apoyada con Power Point y una segunda dinámica de tipo participativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se han alcanzado resultados ya que estamos a la espera de conseguir la lista de pacientes incluidos en la fase II de rehabilitación cardiaca. Se ha aprovechado el contenido de los talleres para llevar a cabo una mejor educación para la salud en consulta de manera individual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es un proyecto interesante que el año anterior obtuvo buenos resultados por lo que sería conveniente segur con su realización. Aunque no se han hecho los talleres grupales, se ha aprovechado la información para reforzar la EpS de forma individual. Se intentará mejorar la comunicación entre las distintas partes para poder realizarse en el futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/204 ========== ***

Nº de registro: 0204

Título
IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD LA ALMOZARA

Autores:
VIADAS NUÑEZ SARA, MARTIN BERNAD DANIEL, SANCHEZ VELA ARACELI, SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES, OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA, BUJEDA CAVERO MARIA JOSE, ROCCA JIMENEZ MARTA, RUIZ SANNIKOVA OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

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
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0204

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD LA ALMOZARA

La alta prevalencia y coste económico de los Enfermedades Cardiovasculares (ECV) hacen necesario ampliar el enfoque de su tratamiento con la prevención y promoción de la salud a la vez que se controlan los factores de riesgo ligados a estas patologías. Una actuación importante en el campo de la prevención secundaria de las ECV son los Programas de Rehabilitación Cardiaca (PRC).
Son numerosos los estudios que evidencian una mejoría en la calidad de vida así como disminución de la mortalidad tras los programas de rehabilitación cardiaca. Sin embargo, pese a los resultados y al efecto positivo coste-efectividad el desarrollo de estos programas es insuficiente en el mundo.
En la actualidad, la fase I y II de los PRC se encuentran en activo en nuestro sector. Sin embargo, la fase III, que consiste en mantener los hábitos de vida saludables adquiridos en las fases previas del programa y la cual se debería abordar desde atención primaria, no se encuentra implantada en este momento.

RESULTADOS ESPERADOS
Generales
Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular.
Reducir la mortalidad global y de causa cardiovascular en cardiopatía isquémica y en insuficiencia cardíaca, así como los reingresos.

Específicos
Mantener la capacidad funcional adquirida en la Fase II.
Disminuir los signos y síntomas de la enfermedad de base, tanto en reposo como en el esfuerzo, mejorando así la calidad de vida.
Promover un estilo de vida activo y saludable, mejorando la reinserción socio-laboral.
Mejorar la función cardiovascular, la capacidad física de trabajo, fuerza y flexibilidad.
Apoyo psicológico del paciente y sus familiares para entender y saber llevar la enfermedad cardiovascular con conciencia y corrección del estilo de vida.
Educar a los pacientes para el control de factores de riesgo coronario, alimentación saludable e incorporación de la actividad física.

MÉTODO
La población diana a la que va dirigido el programa son pacientes con ECV que hayan realizado la Fase II del PRC y pertenezcan al centro de salud.
Las actividades que se van a ofertar son 4 talleres grupales sobre los siguientes temas:
Alimentación saludable: promoción de la dieta mediterránea, conocimiento del etiquetado nutricional y elaboración de la cesta de la compra.
Ejercicio físico: habituación al ejercicio físico, correcto desarrollo de la actividad y conocimiento de los limitantes físicos.
Adherencia al tratamiento: aprendizaje de su enfermedad y del tratamiento con la finalidad de que adquieran conocimientos para involucrarse de forma activa en su tratamiento.
Deshabituación tabáquica: reforzar la conducta de abandono del hábito tabáquico y prevenir recaídas en el consumo.
Con el fin de garantizar la continuidad en la atención de estos pacientes en consultas de AP, se realizará una sesión formativa al EAP para orientar su actividad en el seguimiento de los pacientes que hayan realizado la Fase II de RHC.

Los talleres tendrán una duración entorno a 1 hora y media y con un número máximo de 15 participantes por taller.
Se irán repitiendo ciclos de talleres, según se vayan captando pacientes.

INDICADORES
Nº pacientes interesados en realizar los talleres/Nº pacientes que han pasado por la Fase II de RHC
Nº pacientes acuden al taller de alimentación en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes acuden al taller de ejercicio físico en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes acuden al taller de adherencia al tratamiento en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes acuden al taller de deshabituación tabáquica en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes que valoran con una puntuación de 8 o más su satisfacción con el programa de fase III/ Pacientes que participan en la encuesta de satisfacción.
Estándar 80%

DURACIÓN
Mayo de 2019: presentación del proyecto en equipo
Junio, julio y agosto de 2019: Organización del equipo de trabajo y preparación de los talleres
Septiembre de 2019: captación de los pacientes
Octubre, noviembre, diciembre y enero de 2019: realización de los talleres
Febrero de 2020: evaluación del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0204

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD LA ALMOZARA

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 - 2019/0509

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE ACTIVOS COMUNITARIOS, EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS QUE VIVEN SOLOS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CLARA MARIA PUEYO SALAVERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ LOPEZ MERCEDES
UBIDE MARTINEZ MARIA ANGELES
BUJEDA CAVERO MARIA JOSE
RUIZ SANNIKOVA OLGA
ROCCA JIMENEZ MARTA
LOPEZ POSADA MARIO
FOGUED HERNANDEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
2 sesiones de formación en nuestro centro de salud, dirigidas a todo el equipo,1sesion especifica con las 3 MIR 3 que se han incorporado en el mes de diciembre.
Hemos contactado con el servicio de informatica de atencion primaria, para poder acceder a los datos de registro en OMI de los pacientes a los que se han realizado prescripción de activos
Nos hemos reunido con los responsables de las instituciones de nuestro barrio, para identificar los activos de salud, las hemos incluido en nuestras agendas y las hemos puesto en conocimiento de todo el equipo
Hemos desarrollado una tabla excel con los datos de los pacientes incluidos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nuestro centro de salud ha cambiado de profesionales en el último año, en casi el 80% de su plantilla habitual. En MFyC, hemos renovado el equipo en 3 ocasiones, concurso de traslados, concurso de incorporación de plazas tras la oposición, adjudicación de plazas restantes que quedan libre. En enfermería otro tanto de lo mismo. En este momento estamos en una fase de inicio de captación, hasta diciembre captamos 23 pacientes
Se han realizados 2 sesiones de formación para medicina y enfermería y otra individualizada para los R3 que se incorporaron en diciembre a la asistencia en el centro de salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este año entre traslados, cambios de facultativos y enfermeras, el verano con consultas cerradas, hasta 5 algún día en nuestro C.S .tanto de Medicina como de Enfermería, por falta de sustitutos, hemos podido realizar pocas actividades que no fueran meramente asistenciales, por eso presentamos este proyecto como de continuidad, con el objeto de captar a un mayor nº de pacientes así como introducir en todo el nuevo equipo la prescripción de activos comunitarios

7. OBSERVACIONES.
Durante el año 2020 cambiaran varios miembros de este equipo, por jubilacion o por traslado por lo que cambiaran los titulares del proyecto

*** ========== Resumen del proyecto 2019/509 ========== ***

Nº de registro: 0509

Título
IDENTIFICACION Y PRESCRIPCION DE ACTIVOS COMUNITARIOS EN PACIENTES DE >65 AÑOS QUE VIVEN SOLOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA

Autores:
PUEYO SALAVERA CLARA MARIA, MARTINEZ LOPEZ MERCEDES, UBIDE MARTINEZ MARIA ANGELES, BUJEDA CAVERO MARIA JOSE, RUIZ SANNIKOVA OLGA, ROCCA JIMENEZ MARTA, LOPEZ POSADA MARIO, FOGUED HERNANDEZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CIAP Z16 SOLEDAD
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0509

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE ACTIVOS COMUNITARIOS, EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS QUE VIVEN SOLOS

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

PROBLEMA
Según datos del INE, en España, el tipo de hogar que más ha crecido en los últimos años es en el que vive 1 persona sola, llegando a ser el 25.2% del total de hogares, entre ellos el 41,7% tiene más de 65 años
Por edades, debajo de 64 años es mayor el nº de hombres q viven solos que el de mujeres pero por encima de 65 el nº de mujeres es mayor, incrementándose la diferencia conforme avanza la edad. En nuestra zona de salud, estamos pendientes de recibir los datos del último padrón municipal, solicitado al ayuntamiento, del nº de hogares en los que vive solo una persona, pensamos que no será muy diferente al resto del país, pues en los últimos datos demográficos de Almozara del Iaest, nuestra población > de 65 años se ha incrementado un 13% en los últimos 7 años
La soledad en los mayores, en muchas ocasiones, es un factor de desigualdad en salud poco abordado desde el sistema sanitario, con este proyecto pretendemos instaurarlo en la práctica diaria de nuestro centro de salud

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer el nº de >65 que viven solos?
Conocer el nº de pacientes incluidos en el proyecto
Implicar al EAP: Admisión, Trabajo Social, Enfermería y Medicina en la identificación de estos pacientes
Implicar a otras instituciones y servicios del barrio: Farmacia, Parroquias, Centros de 3ªedad, Servicios sociales del ayuntamiento y Consejo de salud, en la detección
Conocer los activos comunitarios para la salud disponibles en nuestro barrio
Realizar recomendación de activos comunitarios desde todas las consultas de Medicina, Enfermería y Trabajo Social
Formar al EAP en la prescripción de activos comunitarios
Trabajar en red con otras instituciones, servicios sociales ayuntamiento, IASS
Crear circuito de derivación/ respuesta para las prescripciones comunitarias
Realizar seguimiento periódico a este grupo de pacientes

MÉTODO
Desde hace 2 meses estamos en contacto con los servicios sociales del ayuntamiento de Almozara y con el Centro de Dia de S Blas para recoger activos comunitarios y establecer una relación
Presentaremos el proyecto al EAP y realizaremos 2 sesiones de formación en prescripción comunitaria de activos
Mientras recibimos los datos del padrón municipal comenzaremos a realizar la captación desde el centro de salud
En admisión preguntaran a los >65 años que soliciten cita, si viven solos anotando en la cita del paciente "vive solo"
Una vez valorado en las consultas de Trabajo social, Enfermería y Medicina se creara el episodio de OMI Z-28 Soledad
Visitaremos todas las farmacias del barrio para explicar el proyecto y que informen a los pacientes
Realizaremos el mismo procedimiento con la parroquia y centros de convivencia de ancianos
Recogeremos todos los recursos en salud que puedan ofrecer estas instituciones
Tras la identificación se le realizara un ecomapa para conocer su nivel de soledad y de apoyos y realizar la prescripción de activos a través de OMI
Los pacientes serán derivados con informe de prescripción comunitaria y las instituciones realizarán informe de su intervención en la misma hoja de derivación que les entregara el paciente
Todos los pacientes serán seguidos desde nuestras consultas o telefónicamente según su necesidad

INDICADORES
Nºpacientes captados/nº hogares con 1 persona, según datos del padrón municipal %
Nºpacientes derivados a TS/ nº de pacientes captados %
Nºpacientes con prescripción comunitaria/nº pacientes captados %
Nº de pacientes derivados desde admisión / nº pacientes captados %
Nº de pacientes captados en enfermería/ nº pacientes captados %
Nº pacientes captados Medicina/ nº pacientes captados %
Nº pacientes captados TS/ nº pacientes captados %
Nº sesiones a EAP previstas/total sesiones impartidas %
NºPcientes satisfechos/ total pacientes captados %
Nº sanitarios satisfechos/total sanitarios implicados %
Nº instituciones satisfechas/total instituciones implicadas %
Nº pacientes en seguimiento/total pacientes captados %
Nº de pacientes con mejoría de su percepción de salud/total de pacientes captados %
Nº de prescripciones comunitarias informadas por otros organismos/nº de prescripciones realizadas %

DURACIÓN
Marzo: Presentación equipo y en servicios e instituciones del barrio. Recopilacion de activos comunitarios. Captacion
Abril: Captación. Recopilación de activos. Sesiones 2ª y 3ª al EAP. Seguimiento pacientes
Mayo: Captación. Seguimiento de pacientes
Junio: Evaluación parcial
Julio: Seguimiento de pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0509

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE ACTIVOS COMUNITARIOS, EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS QUE VIVEN SOLOS

```
Agosto: Seguimiento de pacientes
Septiembre: Seguimiento de pacientes
Noviembre        : Seguimiento de pacientes. Elaboración encuestas pacientes/sanitarios/instituciones
Diciembre: Seguimiento de pacientes
Enero: Seguimiento de pacientes
Febrero: Evaluación 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 - 2019/0976

1. TÍTULO

MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN EL C.S. ALMOZARA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RUTH TOMEO MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PLUMED TEJERO MARIA
GOMEZ DURO ANA
BERNAD ROCHE MARIA JESUS
FOGUED HERNANDEZ CARMEN PILAR
RAMOS FRAILE NURIA
GAZULLA JULIAN MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se pidió colaboración al Servicio de Informática del Atención Primaria del Sector II para obtener datos de la asistencia a nuestro servicio de Atención Continuada. Se han obtenido los siguientes resultados en el periodo del 1 de Enero de 2019 a 23 de julio de 2019:

- En dicho periodo se realizaron 5181 visitas al servicio, sin tener en cuenta aquellos pacientes que acuden al Centro de Salud en su jornada ordinaria (hasta las 17:00h) y que por gran demanda asistencial pasan a ser valorados por el equipo de Atención Continuada. La media mensual es de 740 pacientes, con un máximo de 855 en el mes de marzo 2019 y un mínimo de 519 en julio.
- En cuanto a su distribución por sexo, el 59,2% de los pacientes atendidos fueron mujeres.
- Por rango de edad la distribución fue la siguiente: 14,4% de 0 a 14 años, 63,6% de 15 a 64 años y 22% a partir de 65 años.
- Las patologías más frecuentes fueron: Infecciones respiratorias agudas (R74) y cistitis u otras infecciones urinarias no venéreas (U71). En tercer lugar se encuentra el diagnóstico "Deficiencias vitamínicas y otras enfermedades nutricionales", que atribuimos a los pacientes que por motivos laborales acuden en horario de atención continuada a administrar la dosis mensual de vitamina B12 intramuscular.

Se realizó una revisión en profundidad del material del carro de paradas y otro material de urgencias disponible en el Centro de Salud. Se detectó que parte del material estaba deteriorado o mal conservado como algunas mascarillas y cánulas de Guedel. Además, no se disponía de mascarillas infantiles. Ambos problemas se subsanaron mediante la petición de nuevo material y el acondicionamiento de material previo.

Se han diseñado varios talleres teorico-prácticos sobre RCP que no se han llegado a programar debido a la alta demanda asistencial y a la rotación tanto de miembros del equipo de Atención Continuada como del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud Almozara.

Una vez conocemos las patologías más prevalentes, se van a realizar protocolos de actuación para mejorar la asistencia y garantizar la seguridad del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todavía no somos capaces de fijar resultados alcanzados en relación al standard previsto ya que las actividades todavía están en desarrollo y no se pueden valorar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como aspecto positivo, el equipo destaca que se ha realizado una revisión exhaustiva del material y de esta manera se trabaja con más confianza sabiendo que está garantizada la seguridad del paciente.

La extracción de los datos resulta más compleja de lo que pensábamos en un inicio y muchos de los datos que queríamos obtener en un principio no se han podido conseguir. Por ejemplo, las patologías más prevalentes se extraen de una manera aproximada, no específicamente de los diagnósticos que resultan de la visita en Atención Continuada.
De cara a próximos proyectos, en la planificación se valorará primero qué datos exactos se pueden obtener de la base informática OMI-AP.

Se valora que hay que empoderar a la población para que gestionen su salud sin abusar de los recursos sanitarios, ya que con los datos comprobamos que la patología más prevalente es una patología que en la mayoría de los casos resulta banal.

Debido a la demanda asistencial y la rotación de miembros del equipo, consideramos que necesitamos más tiempo para llevar a cabo el proyecto de forma correcta.

7. OBSERVACIONES.
Solicitamos la continuidad del proyecto por las causas mencionadas anteriormente. Nos gustaría saber si debe ser presentado de nuevo en la convocatoria de este año 2020.
Muchas gracias y un saludo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0976

1. TÍTULO

MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN EL C.S. ALMOZARA

*** ========== Resumen del proyecto 2019/976 ========== ***

Nº de registro: 0976

Título
MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA EN EL C.S. ALMOZARA

Autores:
TOMEO MUÑOZ RUTH, PLUMED TEJERO MARIA, GOMEZ DURO ANA, BERNAD ROCHE MARIA JESUS, FOGUED HERNANDEZ CARMEN PILAR, RAMOS FRAILE NURIA, GAZULLA JULIAN MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología que requiera asistencia en el servicio de Atención Continuada
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Atención Primaria, como puerta de entrada del sistema sanitario, debería de ser el punto de inicio de la atención urgente en urgencias de triaje bajo (Niveles IV y V, que suponen un 58,5% de las atendidas en los hospitales públicos de Aragón), evitando así la congestión de los servicios de urgencias hospitalarios y de los dispositivos de emergencia móviles y aliviando el gasto económico que se deriva de la utilización inadecuada de éstos. Por ello, es necesario que el personal esté adecuadamente formado en el manejo de estas situaciones así como en aquellas potencialmente graves, para evitar demoras y garantizar la seguridad de los pacientes.
Sin embargo, además de atender estas urgencias, encontramos que existe una mala utilización en los servicios de Atención Continuada, ya que existe una gran demanda de atención no urgente que debería ser atendida por el Equipo de Atención Primaria, perdiéndose la continuidad de cuidados propia de este nivel y aumentando el riesgo de iatrogenia.
Debido a esto, consideramos que es necesaria una buena educación a la población acerca de los recursos disponibles, incidiendo en qué problemas pueden resolverse en este servicio y cuales se deben resolver en su médico o enfermero de Atención Primaria

RESULTADOS ESPERADOS
1. Conocer las patologías más prevalentes atendidas en el servicio de Atención Continuada, así como, el grupo poblacional más demandante y, el porcentaje de derivaciones a Urgencias hospitalarias.
2. Ofrecer buena información a la población de la Zona Básica de Salud de los recursos disponibles.
3. Mejorar la comunicación entre el EAP y el equipo de atención continuada.
4. Revisar y asegurar el correcto funcionamiento del material de urgencias.
5. Asegurar la formación y entrenamiento de todo el Equipo de Atención Primaria en Resucitación Cardiopulmonar (RCP).
6. Coordinar la realización y la difusión de protocolos de actuación en las patologías más prevalentes y/o más graves.
7. Registrar las incidencias acaecidas durante la prestación del servicio de atención continuada, dándoles resolución para asegurar la seguridad del paciente.

MÉTODO
El equipo del proyecto realizara reuniones trimestrales para, entre otros, gestionar incidencias y actualizar protocolos de actuación.
Se procederá a la revisión mensual material
Se activara un sistema de comunicación entre el EAP y el equipo de atención continuada, asegurando su continuidad tras la finalización del proyecto.
Se realizaran tres sesiones de reanimación cardiopulmonar al EAP.
Se realizaran dos sesiones informativas a la población sobre la utilización adecuada de los recursos sanitarios disponibles. Previamente, se contactara con activos sociales del barrio para su difusión.
Se procederá a la recogida y análisis de los datos obtenidos del programa OMI-AP sobre: tipo de demanda, frecuentación, derivación a urgencias hospitalarias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0976

1. TÍTULO

MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN EL C.S. ALMOZARA

INDICADORES
1. Reuniones de equipo previstas/ Reuniones realizadas (Estándar 75%)
2. Incidencias registradas/ Incidencias resueltas (Estándar 80%)
3. Sesiones informativas a la población previstas / Sesiones realizadas (Estándar 50%)
4. Sesiones de RCP previstas / Sesiones de RCP realizadas al EAP (Estándar 75%)
5. Porcentaje de profesionales del EAP que han asistido a los talleres de RCP (Estándar 80%)
6. Protocolos de actuación ejecutados (Estándar 40 %)
7. Análisis estadístico de los datos obtenidos, extraídos del programa OMI-AP por el servicio de Informática de Sector Zaragoza II

DURACIÓN
Reuniones trimestrales del equipo del proyecto en: marzo, junio, septiembre, diciembre (M.J. Bernad)
Realizar hoja de incidencias y difundirla al EAP: abril 2018 (A. Gómez)
Revisión del material: mensual (T. Gazulla)
Talleres de RCP: junio 2019, septiembre 2019, diciembre 2019 (R. Tomeo, C. Fogued)
Talleres a la población: septiembre 2019, noviembre 2019 (N. Ramos, M. Plumed)
Análisis de datos: noviembre 2019 (R. Tomeo, A. Gómez, M. Plumed)
Protocolos: durante el proyecto (C. Fogued, M.J. Bernad, C. Fogued)
Evaluación del proyecto y extracción de conclusiones: diciembre de 2019 (M.J. Bernad, A. Gómez, T. Gazulla, R. Tomeo, C. Fogued, N. Ramos, M. Plumed)

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 - 2019/1341

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP LA ALMOZARA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BELEN BRUN ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUEYO SALAVERA CLARA MARIA
FUERTES EL MUSA FADIA
SANCHEZ VELA ARACELI
RUIZ SANNIKOVA OLGA
ROCCA JIMENEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.
El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.
Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de amoxicilina-clavulánico, y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.
Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.
En el EAP La Almozara, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:
1. Sesiones formativas:
-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.
-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
• Abordaje de infecciones respiratorias: fecha 5/06/2019
• Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha 21/11/2019
-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos
-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.
- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.
- La selección de casos clínicos ha sido posible gracias al envío por correo electrónico en Junio de 2019, y desde el Servicio de Farmacia de AP, de los listados por CIAS de pacientes tratados en el último año con amoxicilina-clavulánico así como del diagnóstico asociado a éstos, de tal modo que cada profesional revisó dicho listado y seleccionó alguno de los pacientes incluidos en el mismo para reevaluar la necesidad de utilizar dicho antibiótico de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1341

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP LA ALMOZARA

- Se ha entregado a todos los facultativos del equipo un díptico con recomendaciones de manejo de faringoamigdalitis aguda elaborado por el equipo IRASPROA con el objeto de unificar la actuación ante esta patología tan común.
- Se ha trabajado con enfermería el apartado de infección urinaria en el paciente sondado.
- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP hemos dado 2 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico y de enfermería. Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de amoxicilina-clavulánico.

El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

• En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:

o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 10,9, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre 13,08).

o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de amocilina-clavulánico. En diciembre 2018 el valor era 49% siendo en diciembre 2019 de 52,9

% envases amoxicilina/total envases amoxicilina-clavulánico.

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

• El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de amoxicilina-clavulánico de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de amoxicilina-clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron 51,91% y 4,05% respectivamente.

En el año 2019 el % uso de amoxicilina-clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 41,59% y 2,22% respectivamente.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.

Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.

Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1341

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP LA ALMOZARA

Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.
Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1341 ========== ***

Nº de registro: 1341

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LA ALMOZARA

Autores:
BRUN ALONSO BELEN, RUIZ SANNIKOVA OLGA, ROCCA JIMENEZ MARTA, FUERTES EL MUSA FADIA, SANCHEZ VELA ARACELI, PUEYO SALAVERA CLARA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

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, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.
La OMS ha publicado la 5ª Revisión de Antimicrobianos de Importancia Crítica para la Medicina Humana, donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: importantes, muy importantes y de importancia crítica donde se incluyen los de máxima prioridad., en base a dos criterios, C1: utilidad para tratar infecciones graves y C2: utilidad para tratar bacterias que adquieren genes de resistencia. Y a partir de estos criterios, la OMS establece tres criterios de priorización. Las penicilinas y dentro de este subgrupo amoxicilina-clavulánico debería reservarse su uso por tratarse de un antibiótico de amplio al que se está incrementado el desarrollo de resistencias por determinados (E. Coli) de forma significativa.
Su uso está indicado en infecciones respiratorias comunitarias cuando sea necesario tratar H. influenzae o en infecciones potencialmente polimicrobianas o con participación de enterobacterias como E. coli o anaerobios.
Debe evitarse su uso (existen alternativas igual o más eficaces con un espectro más reducido) para el tratamiento de infecciones producidas por S.pneumoniae o S. pyogenes (amoxicilina o bencilpenicilina) o S. aureus (cefalosporinas de 1ª generación).
Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP ALMOZARA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de amoxicilina-clavulánico a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias y de piel y partes blandas, reduciendo de este modo el uso de este antibiótico, y aumentando la proporción de prescripción de amoxicilina respecto a amoxi-clavulánico. En el año 2018 el % de envases de amoxicilina respecto a la suma de envases de amoxicilina y amoxi-clavulánico supuso un 48,7 %, porcentaje menor que en el Sector Zaragoza II: 56,5 %.

RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
Revisar la utilización de amoxicilina-clavulánico según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio, del tracto urinario y piel y partes blandas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1341

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP LA ALMOZARA

MÉTODO
1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.
Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con amoxicilina-clavulánico para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES
Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clinico
Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico (%): Nº envases de amoxicilina (J01CA04) / [nº envases de (amoxicilina (J01CA04) + nº envases amoxicilina-clavulánico) (J01CR02)] x 100
Valor 2018: 48,7%
Objetivo 2019: =54%

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

% de uso de amoxicilina clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 51,91%
Objetivo 2019: Disminuir

% de uso de amoxicilina clavulánico en procesos infecciosos de piel y partes blandas
Valor 2018: 11,68 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN
-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de amoxcilina-clavulánico durante el año 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 - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALBA FRAILE MUÑOZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORES CATALA AMPARO
LAMBAN CASAMAYOR ELISA
MARIN IBAÑEZ PILAR
ANDRES AGORRETA PATRICIA
GASPAR CALVO ELENA
ABAD HONTORIA ANGEL
ALIAGA GONZALEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las Andarinas del Tranvía es una actividad que consiste en llevar a cabo paseos todos los lunes no festivos de septiembre a junio, desde el Centro de Recursos Comunitario El Tranvía (CRCT), y a los cuales, el personal de los centros de salud del barrio de Las Fuentes, acude 2 lunes al mes.
A lo largo de estos 2 años, se ha mejorado la organización de los paseos, llegando a elaborar un plan con las fechas y los profesionales encargados del paseo, algo que profesionales y usuarios hemos valorado positivamente.
Además de acompañar a las Andarinas en sus paseos, realizamos una breve intervención sobre temas de salud, y después de andar, llevamos a cabo estiramientos.
Los temas que se han tratado durante estos 2 años son los siguientes:
Alimentación: pirámide nutricional, lectura de etiquetas, alimentación equilibrada y raciones recomendadas, preparaciones culinarias saludables, alimentación en personas diabéticas y edulcorantes, cómo bajar de peso de forma saludable.
Beneficios del agua.
La fibromialgia: qué es y cuáles son sus cuidados.
La gripe: prevención y cuidados.
Diferencias entre artrosis y artritis: cuidados y recomendaciones.
Beneficios del ejercicio físico.
Beneficios y peligros del sol: La importancia de la vitamina D y los fotoprotectores solares.
Cuidados y recomendaciones sobre higiene postural.
Sobrecarga del cuidador.
Menopausia: los sofocos y cómo mitigarlos.
Estiramientos: cómo realizarlos sin sufrir lesiones.
Cuidados de la HTA: qué es, cuáles son las cifras y cómo se diagnostica, alimentación, ejercicio y sus beneficios.
Varices, qué son, qué las provoca y cómo actuar contra ellas.
Las rutas que hemos realizado son las siguientes: “Camino de la Alfranca”, “De los Puentes”, “A orillas del río Gállego” y “Soto de Cantalobos”. Todas estas caminatas son entornos situados cerca del barrio de Las Fuentes. La ruta de los Puentes consiste en andar a orillas del Ebro por ambas márgenes del río, recorriendo los distintos puentes que lo cruzan.
Los lunes que la lluvia impidió salir a caminar, realizamos la intervención educativa en el gimnasio de la Fundación el Tranvía y practicamos estiramientos, ayudando así a las asistentes a mejorar la técnica. Se buscó también fortalecer la relación de grupo, haciéndoles participar en la actividad.
Además de los paseos, se llevaron a cabo talleres, dos de espalda sana, dirigido por los fisioterapeutas del centro, dos de reanimación cardiopulmonar (RCP) por los residentes de enfermería y medicina, y uno de relajación dinamizado por enfermeras del centro de salud.
Para llevar a cabo el proyecto hemos elaborado registros que nos han permitido evaluar los paseos, la satisfacción y los hábitos de los participantes de Andarinas. El material y recursos empleados para desarrollar los talleres son las instalaciones de La Fundación el Tranvía y del Centro de Salud Fuentes Norte (proyector, maniquís para RCP, colchonetas).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Encuesta de satisfacción: los datos recogidos a la finalización del curso en junio de 2018, corresponden a la encuesta de satisfacción que desde la Fundación el Tranvía pasan a sus usuarios. Se trata de una encuesta general para todas las actividades que se realizan en el CRCT. Sólo la realizaron 9 usuarias de 39 apuntadas, y en varias preguntas no contestaron todas. En la valoración global de la actividad, las 5 participantes que contestaron, la valoraron con un 10. Cómo sugerencias apuntaron realizar menos estiramientos y un día más de actividad.
En mayo de 2019, a la finalización del curso de 2018, se pasó una encuesta de satisfacción elaborada por el centro de salud. De las 21 participantes preguntadas, 13 valoran con un 10 de forma global la actividad y 5 con un 9 en una escala del 0 al 10. Se les preguntó si deseaban que los profesionales del centro de salud participasen en los paseos, y el 95.2% valoró con 9 y 10 esta afirmación. En cuanto a los conocimientos impartidos y la claridad en la exploración, las 21 usuarias los puntúan entre 8 y 10.
Los profesionales que participan en el proyecto, valoran la actividad como satisfactoria. Además, se ha conseguido una coordinación efectiva y la implicación de todos sus miembros y de más personal del centro de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS FUENTES NORTE

Evaluación de Actividades: después de cada paseo se ha llevado a cabo una evaluación con rejilla de observación. Entre los datos aportados encontramos:
El número de participantes en los paseos va de 10 a 46.
A parte del tema tratado en la intervención educativa, durante los paseos “las Andarinas” suelen preguntar a los profesionales que acuden, por temas relacionados con alimentación o dudas sobre aspectos personales. También se aprovecha para profundizar sobre el tema tratado en la intervención educativa y salen nuevos temas que tratar en futuras intervenciones.
Los usuarios que acuden a los paseos, tienen conocimientos sobre la importancia de comer variado y evitar precocinados, conocen las características de los alimentos procesados, que hay que beber 2 litros de agua y comer 5 piezas de fruta al día o que no se debe abusar de la sacarina. También tienen conocimientos sobre la utilización de fotoprotectores, aunque desconocen alguna advertencia y modo de utilización. Saben que la grasa abdominal es un indicador de riesgo cardiovascular, qué alimentos contienen calcio y características básicas de las varices. También se abordan durante el paseo aspectos como la depresión o el suicidio y se comparten experiencias y emociones al respecto. En alguna ocasión, algún componente del grupo ha querido compartir cómo es vivir con una determinada enfermedad y hablar de ello al resto.
Otro aspecto que se recoge en la rejilla de observación es el estado de ánimo del grupo, y en líneas generales podemos decir que es animado, participativo, entusiasta y motivador. En alguna ocasión hemos observado que alguna de las participantes se siente incómoda por ver que algunas compañeras llevan un ritmo superior al suyo. Se ha intentado trabajar en este aspecto, explicando la importancia de un buen compañerismo y de empezar a andar poco a poco a modo de calentamiento.
Los talleres fueron evaluados mediante encuesta y, en general, la evaluación fue muy positiva. Entre los aspectos que nos han pedido mejorar del taller de RCP han sido los maniquís y solicitan realizarlo cada año para refrescar conocimientos. En cuanto al de Espalda Sana y al de relajación solicitaron realizar más sesiones.

Valoración de hábitos de las Andarinas: en septiembre de 2018, en el inicio del curso para “Andarinas”, se pasó una ficha para valorar los hábitos de vida. De las 39 encuestadas, el 76.3% si realiza algún tipo de actividad física. Entre las actividades que realizan se encuentra caminar, baile, zumba, nadar, espalda sana, bicicleta, yoga y gimnasia. En cuanto a la frecuencia con la que realizan el ejercicio, realizan 3 o más veces por semana ejercicio el 67.6% de las participantes. El medio que utilizan habitualmente para desplazarse por la ciudad es el autobús (62.2%) y andando (59.5%). En cuanto a sus hábitos tóxicos (fumar, alcohol) más del 90% no consume tabaco ni alcohol.
En septiembre de 2019 se apuntan a Andarinas 46 personas, y el 97.8% realiza algún tipo de actividad física. Las actividades que más realizan son: caminar (91.1%), baile (37.8%), gimnasia (26.7%) y nadar (11.1%). El 46.7% realiza actividad física 3 o más veces por semana y el 26.7% 2 veces por semana. Al igual que en 2018, el medio que utilizan para desplazarse por la ciudad es el autobús (42.2%) y andando (84.4%). Más del 90% no consume tabaco, y en cuanto al alcohol, 18 personas consumen cerveza y una vino, con una frecuencia de 1-2 a la semana.

Con respecto a los indicadores planteados:
Número paseantes/ número inscritos (estándar > 50% en el 80% de los casos). Para este indicador se planteó pasar lista de asistencia en cada paseo. Las usuarias se quejaron por el retraso que suponía para empezar a caminar, así que se decidió simplificarlo y hacer un recuento de los asistentes. Entre los meses de febrero a junio de 2018 no se llegó al 50% de asistencia en el 80% de los casos. Pero de los meses de septiembre a diciembre asistieron el 50% de las participantes en un 100% de los casos (Inscritas en los paseos 39. Asistencia de 20 a 35). En 2019 solo se ha llegado al 50% de asistentes en el 60% de los casos. Entre los motivos se encuentra el método de recogida de datos, que es poco preciso y que se limita a los días en los que acude personal del centro de salud, varios de esos días, con mal tiempo o lluvia y poca asistencia al paseo.
Realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar 80% participantes): en 2018 un 67.6% de los participantes realizaba 3 veces por semana ejercicio al inicio del curso de Andarinas. Al finalizar el curso fue de un 47%. Hay que tener en cuenta que la encuesta en junio se pasó a 21 de las participantes y no al total (35). En 2019 se preguntó a los 46 participantes que se apuntaron a Andarinas al inicio del curso, sobre la frecuencia con la que realizan ejercicio a la semana, y el 46.7% realizaba 3 veces o más a la semana.
Encuesta de Satisfacción (estándar: nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes). En la encuesta de satisfacción realizada al final del curso en junio de 2019, obtuvimos un nivel de satisfacción óptimo en todos los ítems preguntados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En cuanto a los indicadores planteados, se ha superado el estandar de satisfacción. No se han llegado a alcanzar los estandares del resto de indicadores. Esto puede deberse al método de recogida de datos o a que el grupo de Andarinas es dinámico, con usuarias que vienen y van. El hecho de no haber podido realizar la encuesta de hábitos de vida a las mismas personas que empezaron el curso, hace que los resultados no puedan interpretarse, al igual que no se haya podido pasar lista al inicio de los paseos. El número de participantes que se han inscrito en la actividad, ha ido aumentando en estos dos años, lo que consideramos algo positivo.
Durante el año 2019, se han incorporado de forma sistemática los temas de salud tratados durante los paseos: alimentación saludable, beneficios del ejercicio físico y bienestar emocional. También ha participado más personal del centro de salud.
Consideramos clave la planificación de los días que se acude desde los centros de salud para el buen funcionamiento del proyecto. Esto ha permitido que el personal se organice, se prepare la intervención educativa y que las usuarias conozcan los días que hay participación por parte del centro de salud.
El proyecto de Andarinas Fuentes Norte ha permitido conocer el nivel de conocimientos y los intereses de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS FUENTES NORTE

nuestros usuarios en cuanto a temas de salud y poner en práctica hábitos saludables como es el caminar. Además, se ha conseguido afianzar la relación de grupo que se crea con la actividad, lo que consideramos una buena herramienta para combatir la soledad y mejorar la calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/702 ========== ***

Nº de registro: 0702

Título
PROYECTO ANDARINAS Y FUENTES NORTE

Autores:
FRAILE MUÑOZ ALBA, ANDRES AGORRETA PATRICIA, FORES CATALA AMPARO, LAMBAN CASAMAYOR ELISA, CILLERUELO ENCISO SILVIA, ABAD HONTORIA ANGEL, GASPAR CALVO ELENA, MARIN IBAÑEZ PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes sanos o con patologías crónicas que deseen mejorar su condición física o puedan favorecerse de los beneficios del ejercicio.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En la zona básica de salud de Las Fuentes Norte la morbilidad (dislipemia, sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, tabaquismo y abuso crónico de alcohol) es elevada. En Aragón, el 45% de los adultos no realiza ejercicio físico en su tiempo libre, llegando al 50% en las mujeres.
El estilo de vida de la sociedad actual favorece la inactividad física. Este comportamiento sedentario viene determinado por múltiples factores de tipo sociocultural, económico y medioambiental, por lo tanto, el abordaje requiere un enfoque multifactorial e intersectorial.
La Fundación el Tranvía lleva a cabo actividades dirigidas a promover el ejercicio físico en la población del barrio de Las Fuentes a través de paseos en el proyecto "Andarinas del Tranvía". Tras una encuesta de valoración de las necesidades de formación en la población que se realizó desde el C.S. Las Fuentes Norte, se priorizaron los siguientes temas de intervención: recomendaciones de ejercicio físico, prevención de enfermedades cardiovasculares, estilo de vida y alimentación saludable.
Después de realizar unas actividades de educación grupal en la Fundación el Tranvía, se vio la oportunidad de establecer una colaboración más estable entre los dos centros, así como extenderlo al de Torreramona, participando en la actividad de las Andarinas del Tranvía e incorporando los temas de interés recogidos en la encuesta.
Según el Programa de Salud 2030 de Aragón, los programas de actividad física deben considerarse como una auténtica prescripción médica y revisarse cada 6 meses para evaluar los resultados funcionales. Otro aspecto que recoge es que no solo debe abordarse los problemas de salud física, sino también los de soledad, de exclusión y de brecha digital, y creemos que a través de este proyecto se pueden trabajar dichos aspectos.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar una vida activa por medio de paseos.
Reconocer los beneficios del ejercicio a través de una valoración de su actividad diaria.
Crear un grupo estable que fomente una red social de andarinas.
Mejorar su capacidad al ejercicio, a través de las rutas de paseo programadas.
Modificar hábitos de desplazamiento.

MÉTODO
El grupo de Andarinas saldrá todos los lunes de septiembre a junio con los profesionales del Tranvía. Los profesionales del Centro de Salud acudirán dos lunes al mes. El grupo está abierto a todos los participantes mayores de 18 años. Se plantea formar dos grupos, uno de actividad básica y otro de actividad moderada. El horario es de 9.30 a 11.30 horas y el punto de encuentro la Fundación el Tranvía. Las rutas se realizarán por lugares cercanos al barrio de las Fuentes. Dependiendo del grupo y la ruta a realizar, los itinerarios oscilaran entre los 45-90 minutos. Al finalizar el paseo, se realizarán estiramientos.
Al inicio y final del curso se les pasará a los andarines una encuesta de hábitos. Los lunes que acudan

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS FUENTES NORTE

profesionales de los centros de salud, se realizarán intervenciones educativas sobre los siguientes temas: ejercicio físico, dieta mediterránea, lectura de etiquetas, estrés, estiramientos y sobre temas que demanden los andarines. Tras los paseos se completará una rejilla de observación. Los Talleres se realizarán en el Tranvía o en el C. Salud y serán de espalda sana, de relajación y de reanimación cardiopulmonar básica.
Las reuniones del Equipo Andarinas Fuentes Norte se realizarán en el CS y serán mensuales y las reuniones con El Tranvía serán bimensuales y se realizarán en el Tranvía o en el CS.

INDICADORES
Nº de paseantes/ nº de inscritos (estándar: > 50% en el 80% de los casos)
Encuesta de Satisfacción (estándar: nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes)
Encuesta de hábitos: realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar: en el 80% de los participantes)

DURACIÓN
La Evaluación se plantea a lo largo de todo el proceso: inicial, de seguimiento y final. Todos los integrantes realizarán funciones de evaluación en distintos momentos y en las reuniones de evaluación.
Encuesta de Satisfacción: Se valorará la satisfacción de andarinas y del equipo de trabajo.
Evaluación de Actividades: Se evaluarán las actividades con rejilla de observación y observador no participante/participante según la actividad. La observación será mixta, estructurada por medio de un check-list, y no estructurada por diario de campo.
Evaluación de Reuniones: por medio de las actas y por el desarrollo de las mismas.
Valoración de hábitos de las Andarinas: ficha de recogida de datos previa a los paseos y posterior.
Fecha de inicio febrero de 2018 y fecha de finalización diciembre de 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 - 2019/0028

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA FORMACION A PACIENTES DIABETICOS POR PACIENTES ACTIVOS VS PROFESIONALES SANITARIOS

Fecha de entrada: 19/12/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA LOZANO DEL HOYO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MUÑIO RUBEN
CILLERUELO ENCISO SILVIA
GIL FERNANDEZ INMACULADA
CALERO FERNANDEZ ESPERANZA
GARCIA ROY AFRICA
SAZ FRANCO JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nuestro objetivo principal fue Promover la alfabetización en salud mejorando el autocuidado entre iguales formando Pacientes Activos con diagnóstico de diabetes tipo 2.
Nuestros objetivos específicos en la Primera Fase: Incrementar el cumplimiento de hábitos orientados a mejorar su salud en los pacientes activos y la adquisición de técnicas de comunicación por parte del Paciente Activo y en la Segunda Fase: Alcanzar una mayor autonomía en autocuidados de los pacientes diabéticos y familiares y mejorar los hábitos de alimentación y cuidado de pie diabético orientados a incrementar su salud.
MATERIAL Y MÉTODOS
Formación de Pacientes Activos: Se realizaron 9 sesiones de 1 hora de duración distribuidas a lo largo de 5 semanas.
En la formación del grupo de Pacientes activos intervinieron profesionales del centro de salud (enfermería y medicina), miembros de la Asociación de Diabéticos de Aragón y Trabajadores Sociales de la Fundación El Tranvía.
Formación de grupos de población diabética:
Se desarrollaron 4 grupos de educación diabetológica, de los cuales en dos fueron formados por Pacientes Activos y dos por profesionales del centro de salud.
Consideramos el Grupo Intervención (GI) aquel en el que participan dando un 90% de la formación a grupos los Pacientes Activos y Grupo Control (GC) en el que solo dan formación profesionales sanitarios.
La captación de personas para los grupos fue hecha directamente por los profesionales sanitarios (medico/a y enfermero/a) y se registró en OMI-AP.
Criterios de inclusión en la educación grupal:
-Capacidad suficiente de aprendizaje.
-Haber pasado por la educación de acogida individual.
-Paciente con motivación.
-No haber recibido educación grupal en los 2 años anteriores.
-Mal control metabólico.
La evaluación de realizó mediante un cuestionario de conocimientos, Escala de conocimientos en diabetes ECODI de Bueno y col pre y post intervención. Parámetros de control bioquímicos pre y post intervención.
Características del grupo se buscó que los grupos fueran homogéneos en función del nivel de instrucción. Cada grupo estaba formado por un número máximo de 15, entre diabéticos y cuidadores o familiares. Deberían ser grupos pequeños (12-15 personas) con características socioculturales semejantes, favoreciendo el dialogo entre los miembros a fin de intercambiar experiencias.
El número de sesiones fue de 4 y la periodicidad de 2 por semana. La duración de 1 hora y media.
Guion de sesiones:
1ª Sesión: Presentación de los asistentes. Presentación-curso-objetivos. Concepto glucemia-energía. Tipos de diabetes. Síntomas y consecuencias. Hipoglucemias. Complicaciones. Tratamiento
2ª Sesión: Rueda de alimentos. Distribución de los alimentos. Alimentación en la diabetes. Plan de alimentación por raciones. Consejos dietéticos
3ª Sesión: Relación dieta-ejercicio. Ejercicio físico y diabetes. Cuidado de los pies. Consejos prácticos
4ª Sesión: Tratamiento con Insulina, factores que pueden modificar su acción. Autocontrol. Hipoglucemia, refuerzo de conceptos. Situaciones especiales. Enfermedades Intercurrentes.
Chesklist: dos personas, profesionales de enfermería, actuaron como evaluadores de los docentes, antes de las sesiones consensuaron cada uno de los ítems para minimizar los sesgos.
Estadística:
La evaluación de los datos se lleva a cabo con el programa SPSS 21.
Se realizó, un análisis descriptivo inicial para conocer la distribución de todas las variables, usando el número de casos y los porcentajes. La asociación entre la variable dependiente y cada una de las independientes se analizó mediante tablas de contingencia y test de chi cuadrado o a través de la prueba de Kruskal-Wallis en su caso, con un nivel de significación del 95%. Posteriormente se efectuó un análisis de regresión.
Análisis descriptivo: Se calcularon la distribución de frecuencias de los porcentajes de cada categoría para cada variable cualitativa. Las variables estudiadas cuantitativas fueron exploradas con la prueba de conformidad de Kolmogorov – Smirnov (prueba de bondad de ajuste a una distribución normal) y se calcularon indicadores de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o percentiles).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0028

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA FORMACION A PACIENTES DIABETICOS POR PACIENTES ACTIVOS VS PROFESIONALES SANITARIOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PACIENTE ACTIVO: Fue evaluado en el proyecto del año 2018.
GRUPOS DE EDUCACIÓN:
En el GI el porcentaje de diabéticos es del 76,5% y el 23,5% es de acompañantes. El 53,8% son mujeres y el 46,2% varones, con una edad media de 69,3±8,4 años, una HglA1c de 7,9% (máximo 14,1 y mínimo de 5,8), un LDL-colesterol de 100,4±34, un IMC de 29,8±4,5, la TAS es de 133,2±16,3 y la TAD de 68±6,5.
En el GC el porcentaje de diabéticos es del 79,4% y el 20,6% es de acompañantes. El 57,1% son mujeres y el 42,9% varones, con una edad media de 69,2±20,7 años, una HglA1c de 7,0% (máximo 14,1 y mínimo de 5,7), un LDL-colesterol de 105,7±33, un IMC de 31,7±27,4, la TAS es de 140,2±17,3 y la TAD de 60±9,1.
En el GI todas las contestaciones menos 1 mejoran, en el GC todas mejoran, al comparar los resultados finales de los dos grupos no hay diferencias significativas entre ellos tabla 1.
CHESKLIST:
Se evalúa a 29 personas, el 44,8% profesionales y el 55,2% pacientes activos. De ellos el 1,5% de los profesionales se identifican como muy mejorable o regular en algunas de las actividades evaluadas y un 16,2% en el caso de Pacientes Activos, bueno se consideraría un 4,2% de profesionales y un 28,7% de Pacientes Activos y muy buenos o perfectos el 94,2% de los profesionales y el 54,3% de Pacientes Activos. Con diferencias significativas.
TABLA 1. EDUCACIÓN GRUPAL. ESCALA DE CONOCIMIENTOS EN DIABETES ECODI DE BUENO Y COL. RESPUESTAS ACERTADAS ANTES Y DESPUES DE LA EDUCACIÓN EN AMBOS GRUPOS

	GRUPO INTERVENCIÓN N=17		GRUPO CONTROL N=17	
PREGUNTAS	Anterior	Posterior	Anterior	Posterior
La insulina es	9	9	6	9
Los niveles normales de azúcar	13	17	13	15
Aumento de sed, orinar más, pérdida de peso, azúcar en orina	8	9	4	8
Nivel de azúcar alto	10	12	10	13
Si nota sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, mareos	12	16	8	16
Hipoglucemia	4	8	5	10
Cuantas comidas al día	14	17	14	17
Alimento no comer	12	17	15	17
Alimento no abusar	5	7	6	9
Alto contenido en fibra vegetal	6	15	6	14
Una buena fuente de fibra	11	15	12	15
Buen control de la diabetes	8	11	8	15
Mantener un peso ideal	9	14	14	14
Actividad corporal	11	16	15	17
Cuando debe hacer ejercicio	11	17	16	16
Con el ejercicio físico	11	16	15	17
Cuidar los pies	12	16	11	17
Control de la diabetes	12	15	10	14
Analizarse la sangre	11	15	13	17

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DISCUSIÓN
Al evaluar los dos grupos se observa como mejoran en ambos grupos, ligeramente mejor el grupo impartido por profesionales, si bien es cierto que los asistentes a las sesiones agradecieron mucho el tener a otras personas con diabetes dando la formación, esta sensación puede mejorar la adherencia con su patología, siendo esto difícil de evaluar en una encuesta, si bien es cierto, que la conversación en cuanto a experiencias fue muy enriquecedora para ellos.
Los dos observadores evaluaron mejor a los profesionales que a los pacientes activos, pensamos que en gran medida por que los profesionales han recibido mayor formación en esta actividad y por su profesión tienen un mayor dominio del tema. Esta actividad nos permite mejorar y para ello nos hemos citado profesionales y pacientes activos, para hacer en una tormenta de ideas entre todos y trabajar los ítems más bajos.
CONCLUSIONES
La experiencia de los profesionales ha sido magnífica y hemos aprendido mucho de ella.
Aunque la técnica de los pacientes activos sea mejorable, los resultados son similares a los de los profesionales, por lo que lo falta de técnica lo suplen con interés y cercanía a los pacientes a educar.
Los pacientes activos están dispuestos a participar en nuevos retos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/28 ========== ***

Nº de registro: 0028

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0028

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA FORMACION A PACIENTES DIABETICOS POR PACIENTES ACTIVOS VS PROFESIONALES SANITARIOS

EVALUACION DE LA FORMACION A PACIENTES DIABETICOS POR PACIENTES ACTIVOS VS PROFESIONALES SANITARIOS

Autores:
LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA, GARCIA MUÑIO RUBEN, GARCIA ROY AFRICA, CALERO FERNANDEZ ESPERANZA, GIL FERNANDEZ INMACULADA, SAZ FRANCO JOSE ANTONIO, CILLERUELO ENCISO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

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

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

PROBLEMA
Se ha observado que cuando los pacientes son informados de manera apropiada sobre diferentes procedimientos terapéuticos de efectividad comparable, tienden a elegir los menos invasivos y a iniciar los tratamientos más precozmente, y pueden alcanzar decisiones de mejor calidad.
Las herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida son un campo en clara expansión en la literatura científica, y se dispone de gran número de ellas, sobre todo en algunas áreas (cáncer de próstata, de mama y colorrectal, diabetes, asma, etc.). Su desarrollo está motivado, entre otros factores, por el uso apropiado de los recursos y la reducción de costes innecesarios, y la expansión de los criterios de mejora de la calidad de la atención en salud, al incluir la satisfacción de las personas con el asesoramiento acerca de las opciones disponibles.
Según los resultados de las evaluaciones realizadas sobre estas experiencias, destacan el aumento en la confianza del paciente para autocuidarse, las mejoras en la calidad de vida y en el bienestar psicológico, y el incremento de la autoestima y de la actividad. Potenciar la percepción de autoeficacia a través de intervenciones estandarizadas, sobre todo en el contexto de atención primaria, utilizando programas tipo «paciente experto o activo», podría suponer una disminución del gasto asociado al consumo de medicamentos.
La atención primaria es el contexto principal de estos programas, como primera receptora de las personas con una enfermedad crónica. Y donde sería oportuno orquestar el cambio de trabajar en las necesidades de los profesionales para hacerlo en las necesidades de los pacientes.
Los últimos estudios consultados destacan la importancia de la educación por iguales, en nuestra Comunidad autónoma no hay ningún trabajo en este sentido, por lo que nos proponemos evaluar la educación a grupos de pacientes diabéticos con y sin pacientes activos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Objetivo general:
Reforzar la acción comunitaria entre iguales formando Pacientes Activos con diagnóstico de diabetes tipo 2.
-Objetivos secundarios Segunda Fase:
-Alcanzar una mayor autonomía en autocuidados de los pacientes diabéticos y familiares.
-Incrementar los hábitos orientados a mejorar su salud en alimentación y cuidado de pie diabético.

MÉTODO
-Realización de sesiones educativas grupales con Pacientes Activos (grupo intervención)
-Realización de sesiones educativas grupales sin Pacientes Activos (grupo control)

INDICADORES
-Evaluación en conocimientos de los pacientes en actividades grupales antes y después de la intervención, mediante encuesta validad con un aumento del 20% de contestaciones acertadas en la encuesta posterior
-Mejor control metabólico de la HglA1c, con disminución de un 0,5% en los pacientes, pre y pos formación.
-Evaluación de hábitos saludables, por medio de videos pre y pos formación.
-Disminución del número de visitas a demanda al año en un 10%.

DURACIÓN
-Sesiones de educación grupal con la incorporación del Paciente Activo en el Centro de Salud Las Fuentes Norte.
-Sesiones de educación grupal sin Paciente Activo en el Centro de Salud Las Fuentes Norte.

OBSERVACIONES
El proyecto esta aprobado por la CEICA

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0028

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA FORMACION A PACIENTES DIABETICOS POR PACIENTES ACTIVOS VS PROFESIONALES SANITARIOS

```
-------------------------------------------------------------------------------
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 - 2019/0287

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE REHABILITACION CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA PELET LAFITA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARMALE CASADO MARIA JOSE
FRAILE MUÑOZ ALBA
MARTES PEREZ CARMEN
GASPAR CALVO ELENA
MORENO FRAILE RAQUEL
BLASCO GASCA OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante mayo del 2019 se presentó el proyecto en el Centro de Salud al resto de profesionales. Se plasmaron los objetivos y actividades que se iban a llevar a cabo. De esta manera, se integró parte del equipo en el proyecto y se dio a conocer la iniciativa para difundirla en la consulta a los pacientes.
En los meses de junio a agosto se organizó el trabajo en equipo y se prepararon los talleres. Se formó al personal y, se preparó el material necesario para llevar a cabo los talleres sobre alimentación saludable, ejercicio físico, adherencia al tratamiento y deshabituación tabáquica. Para la dinámica de estos talleres se prepararon diferentes power point (uno por cada taller) y se prepararon otros recursos como ordenador y proyector, alimentos naturales y artificiales y un espacio amplio (sala multiusos del Centro de Salud). La duración de cada taller estaba planeada para que durase una hora con un número de participantes por taller entre 12-15 personas.
En septiembre, se comenzó a intentar captar a los pacientes para poder llevar a cabo los talleres. Todavía se está esperando una lista del hospital provincial y Miguel Servet con las personas que finalizaron la fase II de rehabilitación cardiaca (RHC).
En octubre, con el objetivo de mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, asistimos a unas jornadas de la Sociedad Aragonesa de Enfermería Cardiológica para mejorar la captación de los pacientes que habían finalizado la fase II de RHC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todavía estamos pendientes de recibir la lista de pacientes que han finalizado dicha fase. Aprovechando la formación impartida a los profesionales del Centro de Salud, desde las consultas, se ha intentado realizar un seguimiento individualizado de cada persona integrante de esta fase y realizar la educación para la salud pertinente.
Si se consigue un número suficiente de participantes se empezaría a realizar los talleres debido a que los profesionales ya cuentan con la formación y se dispone de los recursos necesarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La falta de una buena comunicación entre los distintos niveles asistenciales junto con la falta de coordinación ha dificultado la captación de los pacientes la cual no ha podido ser llevada a cabo como se hubiese querido. Por ello, no se han podido realizar los talleres propuestos.
Consideramos necesario potenciar la visibilidad de la enfermería para aquellos pacientes que terminan la fase II de RHC y concienciar al resto de profesionales de la importancia del papel de enfermería en el seguimiento de estos pacientes. No solo es necesario que acudan a consulta de medicina de atención primaria sino también a su enfermera para llevar a cabo un seguimiento exhaustivo y proporcionarle la educación sanitaria e intervenciones necesarias. Así, mejoraría la captación de este grupo de pacientes y se podría llevar también a cabo la educación grupal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/287 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0287

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE REHABILITACION CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD

***

Nº de registro: 0287

Título
IMPLANTACION DE LA FASE III DE REHABILITACION CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD

Autores:
PELET LAFITA EVA MARIA, ARMALE CASADO MARIA JOSE, FRAILE MUÑOZ ALBA, MARTES PEREZ CARMEN, GASPAR CALVO ELENA, BLASCO GASCA OLGA, MORENO FRAILE RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

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
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La alta prevalencia y coste económico de los Enfermedades Cardiovasculares (ECV) hacen necesario ampliar el enfoque de su tratamiento con la prevención y promoción de la salud a la vez que se controlan los factores de riesgo ligados a estas patologías. Una actuación importante en el campo de la prevención secundaria de las ECV son los Programas de Rehabilitación Cardiaca (PRC).
Son numerosos los estudios que evidencian una mejoría en la calidad de vida así como disminución de la mortalidad tras los programas de rehabilitación cardiaca. Sin embargo, pese a los resultados y al efecto positivo coste-efectividad el desarrollo de estos programas es insuficiente en el mundo.
En la actualidad, la fase I y II de los PRC se encuentran en activo en nuestro sector. Sin embargo, la fase III, que consiste en mantener los hábitos de vida saludables adquiridos en las fases previas del programa y la cual se debería abordar desde atención primaria, no se encuentra implantada en este momento.

RESULTADOS ESPERADOS
Generales
Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular.
Reducir la mortalidad global y de causa cardiovascular en cardiopatía isquémica y en insuficiencia cardíaca, así como los reingresos.

Específicos
Mantener la capacidad funcional adquirida en la Fase II.
Disminuir los signos y síntomas de la enfermedad de base, tanto en reposo como en el esfuerzo, mejorando así la calidad de vida.
Promover un estilo de vida activo y saludable, mejorando la reinserción socio-laboral.
Mejorar la función cardiovascular, la capacidad física de trabajo, fuerza y flexibilidad.
Apoyo psicológico del paciente y sus familiares para entender y saber llevar la enfermedad cardiovascular con conciencia y corrección del estilo de vida.
Educar a los pacientes para el control de factores de riesgo coronario, alimentación saludable e incorporación de la actividad física.

MÉTODO
La población diana a la que va dirigido el programa son pacientes con ECV que hayan realizado la Fase II del PRC y pertenezcan al centro de salud.
Las actividades que se van a ofertar son 4 talleres grupales sobre los siguientes temas:
Alimentación saludable: promoción de la dieta mediterránea, conocimiento del etiquetado nutricional y elaboración de la cesta de la compra.
Ejercicio físico: habituación al ejercicio físico, correcto desarrollo de la actividad y conocimiento de los limitantes físicos.
Adherencia al tratamiento: aprendizaje de su enfermedad y del tratamiento con la finalidad de que adquieran conocimientos para involucrarse de forma activa en su tratamiento.
Deshabituación tabáquica: reforzar la conducta de abandono del hábito tabáquico y prevenir recaídas en el consumo.
Con el fin de garantizar la continuidad en la atención de estos pacientes en consultas de AP, se realizará una sesión formativa al EAP para orientar su actividad en el seguimiento de los pacientes que hayan realizado la Fase II de RHC.

Los talleres tendrán una duración entorno a 1 hora y media y con un número máximo de 15 participantes por taller.
Se irán repitiendo ciclos de talleres, según se vayan captando pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0287

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE REHABILITACION CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD

INDICADORES
Nº pacientes interesados en realizar los talleres/Nº pacientes que han pasado por la Fase II de RHC
Nº pacientes acuden al taller de alimentación en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes acuden al taller de ejercicio físico en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes acuden al taller de adherencia al tratamiento en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes acuden al taller de deshabituación tabáquica en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes que valoran con una puntuación de 8 o más su satisfacción con el programa de fase III/ Pacientes que participan en la encuesta de satisfacción.
Estándar 80%

DURACIÓN
Mayo de 2019: presentación del proyecto en equipo
Junio, julio y agosto de 2019: Organización del equipo de trabajo y preparación de los talleres
Septiembre de 2019: captación de los pacientes
Octubre, noviembre, diciembre y enero de 2019: realización de los talleres
Febrero de 2020: 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 - 2019/1260

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... AFRICA GARCIA ROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORIOL TORON PILAR ANGELES
CILLERUELO ENCISO SILVIA
PEREZ CABALLERO BONA MARIA CARMEN
GARCIA MUÑIO RUBEN
URDIN MUÑOZ BLANCA
SAIZ PEREZ BEGOÑA
FERNANDEZ BADIA IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dadas las características de la población adscrita a nuestro Centro de Salud (CS), es previsible que la prevalencia de EPOC entre los pacientes que atendemos cada día en nuestras consultas sea elevada. Por otro lado, y en la línea de lo que ocurre a nivel nacional, en el resto del Sector II y en nuestra Comunidad Autónoma (CC.AA), los Indicadores de Acuerdos de Gestión del Cuadro de Mandos Crónicos de OMI-AP reflejan un elevado grado de infradiagnóstico y una precaria calidad en el seguimiento de la enfermedad estable.
Conscientes del importante papel de la Atención Primaria (AP) en el diagnóstico y seguimiento de esta patología, generadora de tanta morbimortalidad, ideamos en 2019 este proyecto de mejora de calidad, a realizar en dos años.
Los objetivos contemplados en el mismo fueron:
• Objetivo principal
Mejora del manejo del paciente EPOC estable en el CS Las Fuentes Norte.
• Objetivos secundarios:
1. Disminuir el infradiagnóstico de la EPOC.
2. Mejorar el primer escalón terapéutico del EPOC:
- Fomentar la deshabituación tabáquica y facilitar intervención intensiva en consulta antitabaco específica monográfica.
- Fomentar la vacunación adecuada según recomendación actual vigente.
- Facilitación de la educación sanitaria desde consulta de enfermería respecto a los aspectos más relevantes (nutrición, actividad física, adherencia terapéutica y técnica correcta de inhaladores).
3. Conocer la situación actual de manejo del EPOC en nuestro CS para establecer las líneas de intervención.
4. Favorecer la asociación de pacientes EPOC y seleccionar un grupo representativo que facilite su intervención en el proceso educativo.
Para ello planteamos durante el 2019:
a) Difusión del proyecto.
b) Actividades Formativas: Concienciación y capacitación del Equipo de Atención Primaria (EAP), mediante sesiones clínicas sobre:
- Intervención antitabáquica.
- Difusión de las recomendaciones de evaluación y tratamiento de las guías de referencia GOLD y GesEPOC.
- Manejo de herramientas facilitadas en OMI-AP.
- Otros: Talleres de espirometría, manejo de inhaladores, etc.
c) Establecimiento y difusión del circuito de citación en agenda específica de consulta antitabaco.
d) Elaboración de material:
- Metodología 1-7-15-30-90, de intervención intensiva antitabaco.
- Material de soporte informático para seguimiento por enfermería con Educación Sanitaria sobre nutrición, actividad física, Técnicas de inhalación etc.
- Protocolo de manejo del paciente EPOC estable.
e) Estudio de la situación de manejo del paciente EPOC en nuestro CS: Estudio observacional retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoria de la historia clínica sobre el total de pacientes con EPOC seguidos en nuestras consultas, y suplementación con encuesta estructurada.
f) Creación de grupo de pacientes EPOC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Contemplando los criterios de evaluación establecidos en el proyecto de calidad, durante el 2019.
I. Respecto a la evaluación del proceso:
- Se completaron las sesiones previstas de formación del EAP y con el mínimo de asistencia exigido del 70%.
Las Sesiones clínicas realizadas fueron
1. Herramienta OMI-AP.
2. Guías clínicas.
3. Interpretación espirometría.
4. Manejo EPOC. Paso a paso en OMI-AP.
5. Unidades antitabaco especializadas. Circuito consulta antitabaco.
- No se ha conseguido el diseño del “Algoritmo de seguimiento del paciente EPOC estable del CS Las Fuentes Norte”, por necesidad de consenso con neumología, pendientes de la estrategia EPOC de Aragón.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1260

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

- Se ha elaborado el siguiente material de apoyo:
• Herramientas de intervención clínica antitabaco.
- Historia clínica especifica consulta antitabaco: “Metodología 1-7-15-30-90 del CS Las Fuentes Norte”
- Material de soporte:
· Anexo 1: Motivos para dejar de fumar.
· Anexo 2: Encontremos nuestros motivos.
· Anexo 3: Problema a los que se enfrenta al dejar de fumar.
· Anexo 4: Síndrome de abstinencia.
· Anexo 5: Situaciones de riesgo.
· Anexo 6: Conocer nuestra conducta como fumador.
· Anexo 7: Alternativas para reducir el consumo.
· Anexo 8: Prepárese a dejarlo.
· Anexo 9: Los primeros días sin fumar.
· Anexo 10: Reglas para mantenernos sin fumar.
· Anexo 11: Y si vuelvo a fumar.
· Anexo 12: Consentimiento informado para TSN en gestantes fumadoras.
• Soporte de información por escrito para la Educación Sanitaria del paciente EPOC, ya incluida en plantillas de OMI-AP:
- Tríptico de información general sobre la EPOC.
- Recomendaciones sobre alimentación.
- Terapia Inhalada.
a) Algoritmo de elección del dispositivo de inhalación.
b) Tabla de dispositivos inhalados según principio activo.
c) Tipos de inhaladores: Descripción de manejo de los 20 dispositivos comercializados en la actualidad para facilitar la educación sanitaria y garantizar una correcta terapia inhalada.

3.1. CP: INHALADORES CARTUCHO PRESURIZADO
3.1.1. CONVENCIONALES
a) ICP CLÁSICO
3.1.2. NO CONVENCIONALES
a) ICP EXTRAFINO: MODULITE
b) ICP EXTRAFINO: ALVESCO
c) SAA: SISTEMA ACTIVADO POR ASPIRACIÓN: AUTOHALER
d) BAI: SISTEMA ACTIVADO PORASPIRACIÓN: K-HALER
e) RESPIMAT
f) SISTEMA JET
3.2. IPS: INHALADORES POLVO SECO
3.2.1. MONODOSIS
a) BREEZHALER
b) AEROLIZER
c) INGELHEIM
d) HANDIHALER
e) ZONDA
3.2.2. MULTIDOSIS
a) TURBUHALER
b) TWISTHALER
c) ACCUHALER
d) EASYHALER
e) NOVOLIZER
f) SPIROMAX
g) NEXTHALER
h) ELLIPTA
d) Recomendaciones sobre el ejercicio: En la actualidad el material de soporte para el ejercicio está en proceso.
- El estudio observacional por auditoria de historia clínica y la encuesta poblacional con firma de consentimiento informado, realizada durante la campaña de vacunación de la gripe (noviembre 2019), están en curso pendientes de estudio estadístico.

II. Respecto a la intervención clínica: Se ha conseguido
- Detección de errores en sistema de soporte OMI-AP respecto a:
· Periodicidad de seguimiento de limpieza de vías aéreas: Constaba cada 3 años, de modo que no saltaba la alerta de nueva realización. Se corrige a trimestral.
· Episodios de clasificación de EPOC: Se mantienen clasificaciones en desuso (no reagudizador tipo enfisematoso y no reagudizador tipo bronquítico crónico) y faltan clasificaciones recientes según GesEPOC 2017 (EPOC de bajo y alto riesgo). Se alerta para su modificación en revisiones futuras.
· Recomendación de Guías de práctica clínica: En el informe asociado al PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMUN de “Información EPOC” aparecen las recomendaciones de la GesEPOC 2012. Del mismo modo se alerta para su modificación en revisiones futuras.
- Promoción de vacunación en población EPOC, coincidiendo con campaña de vacunación antigripal, mediante la publicidad con tríptico desde las consultas de enfermería y medicina y por propuesta a Salud Publica de suministro de vacuna antineumocócica polisacárida 23valente (VNP23) para administración simultánea, sin éxito.
- En lo referente al Tabaquismo, hasta concluir el estudio observacional sobre nuestra población, carecemos de un indicador específico para la población EPOC. No obstante, los datos de población general son:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1260

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

o Detección de habito en 2018 de 43.38 % y en 2019 de 49.73% (Sector Zaragoza II 37.79. Aragón 41.08).
o Intervención sobre tabaquismo en 2018 de 60.19% y en 2019 de 62% (Sector Zaragoza II 56.98. Aragón 64.12).
- Sobre los Indicadores de Acuerdos de Gestión:
o I1: Prevalencia de EPOC: Situación de partida del equipo 3.01%, estándar 5%.
Durante 2019 el equipo 3.38 (Sector Zaragoza II 2.28. Aragón 2.66)
o I2: EPOC síntomas: Situación de partida 14.29%, estándar 20%.
Durante 2019 el equipo 26.14 (Sector Zaragoza II 13.42. Aragón 21.92).
o I3: EPOC Vías Aéreas: Situación de partida 2.8 %, estándar 20%.
Durante 2019 el equipo 17.01 (Sector Zaragoza II 8.52. Aragón 20.81).
Resultados obtenidos del cuadro de mandos el 27/12/19.

III. Respecto a la intervención comunitaria: En 2019 no se ha llevado a cabo intervención comunitaria, quedando por realizar la Creación de grupo de pacientes EPOC y la selección de temas de interés mediante encuesta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades realizadas en este proyecto durante el 2019 han sido fundamentalmente de índole informativa y formativa. Éstas se han demostrado suficientes para mejorar los indicadores de intervención clínica incluidos en cuadro de mandos (I1, I2, I3) superando incluso los estándares marcados en lo que se refiere a evaluación de síntomas (I2). Si bien es cierto que existe un sesgo en la mejora del indicador de limpieza de vías aéreas (I3), por resolver el error del soporte OMI-AP sobre la periodicidad, la mejora del mismo en nuestro centro de salud duplica al resto del sector II que también se ha visto beneficiado.
Insistir en la importancia de mantener vigente nuestro soporte informático, conscientes del esfuerzo que ello supone, por ser imprescindible para orientar y facilitar una práctica clínica de calidad. En esta línea queda pendiente revaluar la mejora en la educación sanitaria desde consulta de enfermería respecto a los aspectos más relevantes (nutrición, actividad física, adherencia terapéutica y técnica correcta de inhaladores) tras la inclusión de información por escrito en OMI-AP en septiembre de 2019.
Es fundamental continuar mejorando en el primer escalón terapéutico en lo que a deshabituación tabáquica y vacunación se refiere. Y para ello es imprescindible el apoyo institucional.
La reciente financiación de bupropion o vareniclina para el tratamiento farmacológico de la deshabituación tabáquica supone un importante compromiso que habrá que articular en nuestro sistema de trabajo y se está elaborando para ello un Protocolo de intervención antitabáquica del Sector II que aúne y rentabilice todos los medios disponibles.
Del mismo modo reconocer este compromiso y apoyo en el tema vacunal con la ampliación de vacunación de la gripe a fumadores. Respecto a la vacunación antineumocócica, pese a que desde las sociedades científicas se recomienda en la población EPOC la vacunación antineumocócica sistemática, preferiblemente con la vacuna conjugada 13valente (VNC13) y en el caso de administrar la vacuna polisacárida, la revacunación a partir de los 8 años de la primera administración, la recomendación desde atención especializada es escasa y el circuito actual de dispensación en farmacia hospitalaria dificulta su realización sistemática. Sería conveniente utilizar la campaña de vacunación antigripal para llevar esta vacunación a cabo con la consiguiente previsión de dosis según, al menos, población adscrita a certera de servicios.
Para finalizar recalcar que, pese a nuestra satisfacción con los resultados conseguidos, durante el 2019 solo hemos pretendido establecer las bases de mejora y conocer la situación de partida mediante el estudio observacional y la encuesta actualmente en curso, quedando pendiente para 2020 la consecución final de objetivos con la puesta en marcha de las herramientas elaboradas orientadas según la información obtenida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1260 ========== ***

Nº de registro: 1260

Título
SITUACION DE MANEJO DEL PACIENTE EPOC ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

Autores:
GARCIA ROY AFRICA, ORIOL TORON PILAR ANGELES, CILLERUELO ENCISO SILVIA, PEREZ CABALLERO MARIA CARMEN, URDIN MUÑOZ BLANCA, GARCIA MUÑIO RUBEN, SAIZ PEREZ BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1260

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representa una de las causas más importantes de morbimortalidad en los países occidentales, y su prevalencia sigue aumentando (11%), así como se mantiene un alto grado de infradiagnóstico (80%).
Atención Primaria (AP), como primer nivel asistencial, tiene una importante responsabilidad en la disminución del infradiagnóstico y en la adecuación de manejo de este paciente crónico pluripatológico.
Por las características de la población adscrita a nuestro Centro de salud (CS,) el número de pacientes EPOC atendidos en nuestras consultas es elevado. Pero en la línea de lo que ocurre en el resto del sector II y nuestra CC. AA, persiste un infradiagnóstico de la enfermedad, al que se añade una precariedad en el seguimiento, reflejada en los Indicadores de Acuerdos de Gestión del Cuadro de Mandos Crónicos.

RESULTADOS ESPERADOS
• Objetivo principal
Mejora del manejo del paciente EPOC estable en el CS Las Fuentes Norte.
• Objetivos secundarios:
1. Disminuir el infradiagnóstico de la EPOC.
2. Mejorar el primer escalón terapéutico del EPOC:
o Fomentar la deshabituación tabáquica y facilitar intervención intensiva en consulta antitabaco específica monográfica.
o Fomentar la vacunación adecuada según recomendación actual vigente.
o Facilitación de la educación sanitaria desde consulta de enfermería respecto a los aspectos más relevantes (nutrición, actividad física, adherencia terapéutica y técnica correcta de inhaladores).
3. Conocer la situación actual de manejo del EPOC en nuestro CS para establecer las líneas de intervención.
4. Favorecer la asociación de pacientes EPOC y seleccionar un grupo representativo que facilite su intervención en el proceso educativo.

MÉTODO
Durante el 2019 procederemos a:
a) Difusión del proyecto.
b) Actividades Formativas:
Concienciación y capacitación del Equipo de Atención Primaria (EAP), mediante sesiones clínicas sobre:
• Intervención antitabáquica.
• Difusión de las recomendaciones de evaluación y tratamiento de las guías de referencia GOLD y GesEPOC.
• Manejo de herramientas facilitadas en OMI-AP.
• Otros: Talleres de espirometría, manejo de inhaladores, etc.
c) Establecimiento y difusión del circuito de citación en agenda específica de consulta antitabaco.
d) Elaboración de material:
• Metodología 1-7-15-30-90, de intervención intensiva antitabaco.
• Protocolo de manejo del paciente EPOC estable.
• Material de soporte informático para seguimiento por enfermería con Educación Sanitaria sobre nutrición, actividad física, Técnicas de inhalación etc.
e) Estudio de la situación de manejo del paciente EPOC en nuestro CS:
Estudio observacional retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoria de la historia clínica sobre el total de pacientes con EPOC seguidos en nuestras consultas y suplementación con encuesta estructurada.
f) Creación de grupo de pacientes EPOC.
Durante el 2020 se pondrán en marcha las herramientas elaboradas en el 2019, reevaluándose la situación de manejo mediante los indicadores propuestos.

INDICADORES
• Para la evaluación del proceso consideraremos:
o Durante el 2019:
- Completar las sesiones de formación del EAP con un mínimo de asistencia de 70%.
- Diseño de algoritmo de seguimiento del paciente EPOC estable del CS Las Fuentes Norte.
- Elaboración de las herramientas de intervención clínica antitabaco y Educación Sanitaria
- Estudio observacional.
o Durante el 2020:
- Trasmisión de resultados y definición de objetivos.
- Difusión periódica de mensajes de seguimiento.
- Formación de los profesionales.
- Formación grupal de pacientes: Talleres de inhaladores trimestrales.
- Estudio observacional.

• Respecto a la intervención clínica:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1260

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

o Durante el 2019
Indicadores de Acuerdos de Gestión:
- I1: Prevalencia de EPOC: Situación de partida 3%, estándar 5%.
- I2: EPOC síntomas: Situación de partida 10%, estándar 20%.
- I3: EPOC Vías Aéreas: Situación de partida 0%, estándar 20%

o Durante el 2020, reevaluación de indicadores tras implementación de actividades y herramientas propuestas.
Indicadores de Acuerdos de Gestión: estándares I1:7%, I2 y I3: 50%
Otros Indicadores: Cuyos estándares se establecerán en función de los resultados obtenidos en el estudio observacional.
- I4: Porcentaje de evaluación de riesgos bajo o alto.
- I5: Porcentaje de pacientes EPOC con fenotipo establecido.
- I6: Porcentaje de pacientes EPOC fumadores (Prevalencia de tabaquismo en EPOC).
- I7: Grado de intervención antitabaco, tanto breve como intensiva en consulta antitabaco.
- I8: Grado de valoración de adherencia al tratamiento por TAI.

• Para la evaluación de la intervención comunitaria:
o En 2019: Creación de grupo de pacientes EPOC y selección de temas de interés mediante encuesta.
o En el 2020
- Reuniones periódicas con los representantes del grupo.
- Intervención grupal con sesiones sobre los temas de interés seleccionados.
- Previsión de reuniones en la fundación El Tranvía para compartir experiencias y resolver dudas.

DURACIÓN
Proyecto planteado para realización en dos años. La primera fase, de mayo 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 RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1338

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LAS FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANTONIA SANCHEZ CALAVERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ ZUECO MARIA FE
ALFONSO FALCON MARIA LOURDES
LORENTE ORTILLES TERESA
ARTO SERRANO MARIA ASUNCION
MARTINEZ MANERO ADRIANA
BERNAD HERNANDO SONIA
ROYO SERRANO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.
El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.
Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de macrólidos (axitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, midecamicina y roxitricina), evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.

Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En el EAP LAS FUENTES NORTE, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.
-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
Abordaje de infecciones respiratorias: 21/3/2019
Abordaje infecciones urinarias en población adulta: 12/6/2019
En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información de en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.
-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1338

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LAS FUENTES NORTE

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.
- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con un macrólido en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito un macrólido junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.
- La selección de casos clínicos ha sido posible gracias al envío por correo electrónico en Junio de 2019, y desde el Servicio de Farmacia de AP, de los listados por CIAS de pacientes tratados en el último año con macrólidos así como el diagnóstico asociado a estos, de tal modo que cada profesional revisó dicho listado y seleccionó alguno de los pacientes incluidos en el mismo para reevaluar la necesidad de utilizar dicho antibiótico de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos
En el EAP hemos dado 3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.
Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de macrólidos.
El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.
2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria.
En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.
En cuanto a resultados:
Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 11,5 % lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre:).
En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de macrólidos.
En diciembre 2018 el valor era 20,6% % envases macrólidos/total envases antibióticos, siendo en diciembre 2019 de 17,70%% envases macrólidos/total envases antibióticos:

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.
3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de macrólidos de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron del 79,27%.

En el año 2019 el % uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias ha sido del 76,54% .

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1338

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LAS FUENTES NORTE

de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las mas adecuadas.
Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.
Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.
Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1338 ========== ***

Nº de registro: 1338

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LAS FUENTES NORTE

Autores:
SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA, HERNADEZ ZUECO MARIFE, ALFONSO FALCON MARIA LOURDES, LORENTE ORTILLES MARIA TERESA, ARTO SERRANO MARIA ASUNCION, MARTINEZ MANERO ADRIANA, BERNAD HERNANDO SONIA, ROYO SERRANO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: IRAS PROA

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

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.
Aunque los factores identificados como causantes del problema son diversos, el uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales. La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB y su adecuación: la incertidumbre diagnóstica, la carga de trabajo, el empirismo de los tratamientos, las expectativas de los pacientes, etc. Sin embargo existen algunas actuaciones o recomendaciones válidas para la práctica clínica diaria que han probado su eficacia en la reducción del consumo de antibióticos, como la optimización de la información clínica, la utilización de métodos de diagnóstico rápido, la elección correcta del ATB, la prescripción diferida, la revisión periódica de las actuaciones, etc
A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea.
Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP LAS FUENTES NORTE se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente macrólidos a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias de vías altas y bajas, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 20,4 % de envases prescritos de antibióticos (Sector Zaragoza: 20,8%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1338

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LAS FUENTES NORTE

RESULTADOS ESPERADOS
1-Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas
2-Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
3- Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio.

MÉTODO
1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con macrólidos para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES
Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clinico
Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 20,4 %
Objetivo 2019: <18 %
Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
% de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 79,27 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN
-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de macrólidos durante el año 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 - 2019/0972

1. TÍTULO

CUIDAMOS NUESTRA ESPALDA Y CUIDAMOS LA DE LOS DEMAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... OLGA BLASCO GASCA
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD HONTORIA ANGEL
ARMALE CASADO MARIA JOSE
MARTES LOPEZ CARMEN
FORES CATALA MARIA DESAMPARADOS
BAILO VINUES LORENA
SASTRE MOHAMED SARA
MARTINEZ MANERO ADRIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Enero y Febrero de 2019:
Formación del equipo y elaboración del proyecto.

Marzo de 2019:
Presentación del proyecto al equipo.

Abril de 2019
Preparación del taller de espalda sana.
Elaboración de material didáctico en relación a hábitos de higiene postural y programa de actividad física para la realización de talleres teórico-prácticos dirigidos a los profesionales del CS Las Fuentes Norte con el objetivo de que adquieran conocimientos y habilidades de espalda sana para la educación de sus pacientes a partir de su propia experiencia de aprendizaje.
Elaboración de cuestionarios de evaluación de los conocimientos (pretest-postest).
Elaboración de decálogo de recomendaciones para espalda sana como apoyo para la práctica clínica diaria para la educación de los pacientes.

Mayo, Junio y Julio de 2019:
Realización de talleres teórico-prácticos dirigidos a grupos reducidos de los profesionales del C.S. Las Fuentes Norte.
Al inicio de los talleres, se entregaron encuestas para detectar posibles carencias de los profesionales en cuanto a materia de autocuidados en espalda sana, así como el cuestionario sobre conocimientos en relación a la higiene postural.
Al finalizar los talleres, se entregó encuesta de satisfacción y decálogo de recomendaciones para espalda sana.

Septiembre 2019:
Divulgación del decálogo y de los conocimientos y habilidades adquiridas por los profesionales.

Octubre y Noviembre de 2019:
Cuestionario post intervención a los profesionales para poder obtener resultados sobre los conocimientos y habilidades adquiridos en autocuidado y espalda sana de los profesionales participantes en los talleres teórico-prácticos. En dicha encuesta se incluyó una pregunta adicional sobre la incorporación de los cuidados de espalda sana en la practica asistencial de los pacientes.

Diciembre de 2019 y Enero 2020:
Difusión de resultados y conclusiones del proyecto al equipo del C.S. Las Fuentes Norte
Difusión de resultados al Consejo de Salud en la próxima reunión.
Se utilizará el blog del Centro de Salud para la difusión del proyecto a la Comunidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores establecidos para la evaluación del proyecto son los siguientes:
1. % de profesionales del equipo de C. S. Las Fuentes Norte que acuden a los talleres teórico-prácticos de espalda sana. Estándar 60%
El porcentaje obtenido según la asistencia a los talleres de los profesionales es 78.95%.

2. % Encuesta de satisfacción según la Valoración de la Escala tipo Lickert.(0-10) Estándar 70% El resultado obtenido de la evaluación global es 9.27 puntos, lo que supone 100%.

3. Mejora de conocimientos evaluando la encuesta previa y posterior a la realización de los talleres teórico-prácticos de espalda sana.
Según las encuestas realizadas se objetiva mejora de conocimientos más significativa en los siguientes ítems:
INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA: El 3.33% de los profesionales encuestados habían precisado la baja laboral por algias vertebrales. En cambio tras la realización de los talleres no se ha objetivado ninguna incapacidad laboral.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0972

1. TÍTULO

CUIDAMOS NUESTRA ESPALDA Y CUIDAMOS LA DE LOS DEMAS

ACTIVIDAD FÍSICA. Se mantiene la práctica de actividad física de forma regular, pero mejora la realización de estiramientos en relación a esa práctica, pasando de 63% a 75%.
ESCUELA DE ESPALDA SANA: se ha observado aumento significativo del porcentaje de encuestados en cuanto a la realización de actividades de Escuela de Espalda y puesta en práctica de los conocimientos adquiridos.
HIGIENE POSTURAL: se objetiva mejoría global destacando las hábitos de higiene postural en las actividades de la vida diaria.

4. Según la evaluación de habilidades de los profesionales mediante rejilla de observación:
Nadie se negó a participar en las actividades del programa.
Supervisión y correción de los ejercicios realizados siendo aceptado por los profesionales participantes.
Participación activa mediante la realización de preguntas y sugerencias.

5. Valoración de la recomendación posterior del autocuidado de espalda.
Los profesionales han transmitido a sus pacientes los conocimientos adquiridos durante los talleres. 70%
6. Nº actividades de difusión realizadas (EAP, Consejo y Comunidad).
Sesión para el equipo de atención de primaria para comunicar el resultado del proyecto para posteriormente incorporarlo al blog del centro
Se informó al Consejo de Salud del proyecto de calidad y queda pendiente nueva fecha de reunión por parte del mismo.
Utilización del Centro de Salud para difusión del proyecto mediante el blog, folletos y póster.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha tenido gran participación y valoración muy positiva por parte de los profesionales.Los talleres teórico-prácticos han sido muy útiles para la adquisición de conocimientos y habilidades de los profesionales en el manejo de espalda sana.

Se ha observado en las encuestas que al incorporar hábitos de autocuidado de espalda ha aumentado la sensación de bienestar, ha disminuido la patología y en consecuencia la necesidad de incapacidad laboral transitoria.

En la práctica asistencial se ha fomentado el autocuidado de espalda del paciente para evitar futura patología derivada de malos hábitos como son el sedentarismo, ausencia de higiene postural y el tiempo de pantalla.

7. OBSERVACIONES.
Consideramos muy necesaria la prevención en nuestra actividad asistencial dada la gran frecuencia de patología musculoesquelética que atenderemos en nuestras consultas de Atención Primaria y de Fisioterapia.

Sería recomendable talleres teórico-prácticos periódicos dirigidos a los profesionales así como a los pacientes que pudieran beneficiarse de dichos talleres.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/972 ========== ***

Nº de registro: 0972

Título
CUIDAMOS NUESTRA ESPALDA Y CUIDAMOS LA DE LOS DEMAS

Autores:
BLASCO GASCA OLGA, ABAD HONTORIA ANGEL, ARMALE CASADO MARIA JOSE, MARTES LOPEZ CARMEN, FORES CATALA MARIA DESAMPARADOS, BAILO VINUES LORENA, SASTRE MOHAMED SARA, MARTINEZ MANERO ADRIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0972

1. TÍTULO

CUIDAMOS NUESTRA ESPALDA Y CUIDAMOS LA DE LOS DEMAS

Cada vez hay más estudios que demuestran la importancia de realizar actividad física y de reducir el sedentarismo para la mejora de la salud, prevención de enfermedades crónicas y mejora la calidad de vida y la esperanza de vida, es decir vivir más y mejor.

El elevado coste económico que supone para el sistema de salud y la incidencia de las patologías neuromusculoesqueléticas pone de manifiesto la necesidad de crear un programa de prevención de lesiones basada en el ejercicio terapéutico implementado por profesionales sanitarios desde Atención Primaria

El Plan de acción mundial de la OMS sobre actividad física 2018-2030 (GAPPA) establece 4 objetivos estratégicos alcanzables a través de 20 medidas normativas, actualmente aplicable a todos los países, reconociendo que cada país se encuentra en un punto de partida diferente en sus esfuerzos de reducir los niveles de inactividad física y comportamiento sedentario:

1: crear sociedades más activas
2: crear entornos activos
3: crear personas activas
4: crear sistemas activos

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Ministerio de Educación, Cultura y deporte han confeccionado una Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS presentando las Recomendaciones Nacionales de actividad física para la salud, reducción del sedentarismo y del tiempo de pantalla para toda la población, normas adaptadas de las utilizadas por la OMS.

Estas recomendaciones se dirigen a toda la población y a profesionales del sector sanitario, deportivo y educativo fundamentalmente, que a su vez podrán reforzar la difusión y reconocimiento de dichas recomendaciones. Las recomendaciones se ajustaran individualmente y para ello el MSSSI indica que será el centro de salud el lugar donde se le adaptarán las recomendaciones y se derivará al recurso que proceda.

Para implementar esta linea de trabajo desde Atención Primaria, los profesionales tienen que formarse en la materia y deben experimentar en ellos mismos el bienestar que da el mantenerse activo (agilidad física, bienestar mental, reducción de estrés y del riesgo de desarrollo de enfermedades cardiovasculares, mejora del sueño y de la función cognitiva, fomento de sociabilidad). Esta necesidad de formarse fue detectada tras la evaluación de la Escuela de Espalda realizada el año pasado, en la que los profesionales sanitarios manifestaron ciertas carencias respecto al conocimiento y manejo de estas dolencias, así como la necesidad de reforzar los conocimientos teóricos adquiridos mediante sesiones prácticas, que fomenten el autocuidado y permitan mejorar el abordaje en la población.

Con este proyecto se pretende que los profesionales del CS Las Fuentes Norte adquieran los conocimientos y habilidades en el manejo de cuidados higiénico posturales para sus pacientes a partir de su propia experiencia de aprendizaje.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar los conocimientos de los profesionales en relación a los cuidados de espalda sana
2. Dotar a profesionales de recursos para el cuidado de la espalda
3. Aumentar las habilidades de los profesionales en relación al cuidado de la espalda
4. Asesoramiento al profesional sanitario para posterior educación al usuario
5. Incorporar la educación en espalda sana en la práctica clínica diaria

MÉTODO
Encuesta previa y posterior al programa de la actividad física y hábitos de higiene postural de los profesionales
Test de conocimientos de los profesionales sobre los cuidados de espalda sana
Sesión formativa teórica
Elaboración de material didáctico y recursos de educación a pacientes
Taller práctico formativo
Elaboración de un decálogo de recomendaciones para la espalda sana
Incorporación de los cuidados de espalda sana en la practica asistencial
Difusión del proyecto en el Equipo de A. Primaria, Consejo de Salud y Comunidad
Incorporar la recomendación de activos

INDICADORES
Encuesta de satisfacción. Valoración Escala tipo Lickert :Estándar 70% valoración 4 o 5
Nº de profesionales acuden a las sesiones. Estándar 60%
Mejora de conocimientos : Encuesta pre y post test
Evaluación de habilidades de los profesionales mediante rejilla de observación.
Nº actividades de difusión realizadas(EAP, Consejo y Comunidad)
Valoración de la recomendación posterior de los cuidados

DURACIÓN
Febrero a Diciembre de 2019

Enero-Febrero 2019: formación del equipo, elaboración del proyecto. Todos
Marzo 2019:información al equipo. (Blasco)
Abril 2019: elaboración de cuestionarios y material didáctico. (Martes, Forés y Armalé)
Mayo- Junio- Julio 2019: encuestas (Sastre), sesiones y talleres (Blasco y Abad)
Septiembre 2019: divulgación del decálogo y experiencias. (Bailo y Martinez)
Octubre 2019: realización de encuesta posterior y encuesta de satisfacción. (Sastre)
Noviembre 2019: evaluación de los datos obtenidos. (Todos)
Diciembre 2019: presentar datos finales al equipo. (Abad)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0972

1. TÍTULO

CUIDAMOS NUESTRA ESPALDA Y CUIDAMOS LA DE LOS DEMAS

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 - 2019/0799

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA EN SALUD BUCODENTAL DE LA 3ª EDAD

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA GARCIA DE CASTRO
· Profesión ..... ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RELLO PEDRO DE ALCANTARA MARTA
BAILO VINUES LORENA
SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA
HERNANDEZ ZUECO MARIA FE
MARTINEZ MANERO ADRIANA
HERNANDEZ SERRANO MIGUEL
SARSA GOMEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante los meses de Enero y Febrero de 2019 se constituyó el equipo,se elaboró el diseño del proyecto y se dieron instrucciones al equipo.

En la primera semana de Marzo de 2019, se elaboró un cuestionario con preguntas sencillas para determinar el grado de conocimiento del paciente y valorar el interés y la importancia de la salud bucodental .

Desde la segunda quincena de Marzo hasta final de Septiembre:
- Este cuestionario fue entregado a los pacientes que cumplían los requisitos en las consultas de medicina y de odontología.
- En la Unidad de Salud Bucodental se realizó la exploración de la cavidad oral a aquellos pacientes mayores de 75 años que eran remitidos por las consultas de medicina de familia y a los que acudían a la consulta de odontología. De ésta manera poder determinar los principales problemas bucodentales en esta población.
-En base a la información obtenida con el cuestionario y en la exploración, se elaboró un programa de salud bucodental realizándose una intervención educativa mediante sesiones formativas para ayudar a los pacientes a mejorar su salud bucodental: higiene, cambios orales con la edad, prótesis dentarias, …. Se facilitó la participación activa de los asistentes para que pudieran exponer sus inquietudes.
Las sesiones formativas se realizaron los días 15 de mayo, 16 de Junio y 2 de Octubre de 2019, con una duración de 70-90 minutos cada una. Al término de cada sesión, se proporcionó a los asistentes un cuestionario de satisfacción anónimo .

De Octubre a Diciembre de 2019 se realizó la recopilación y análisis de los datos obtenidos para determinar los indicadores/resultados del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La fuente de datos eran los pacientes mayores de 75 años que acudían a las consultas de medicina de familia y de odontología. Se descartaron los pacientes con deterioro cognitivo y movilidad reducida.

Los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados, y el estándar (valor a alcanzar y/o los límites superior e inferior de calidad) establecidos fueron:

1.- % de pacientes atendidos en la unidad de salud bucodental que han participado en el programa educativo. Estándar 70 %.
- En relación a éste estándar, el número total de pacientes a los que se les realizó la exploración bucodental fue de 80.
- De éstos, 63 personas acudieron a las sesiones-talleres educativos.
- Se ha alcanzado el estándar previsto ya que el 78,75% de los pacientes a los que se les realizó la exploración bucodental acudieron a las sesiones/talleres educativos.

2.- % de desconocimiento que ha sido abordado en la programa educativo.Estándar: 80%
- La sesión educativa se organizó en base a las deficiencias de conocimientos reflejados en el cuestionario previo a la exploración bucodental.
- Los temas abordados en la sesiones-talleres fueron el 100%, con lo que se superó el estándar establecido

3.- % Grado de satisfacción de los pacientes mayores de 75 en relación al programa educativo de salud bucodental. Estándar: Nota media >4 sobre 5 .
- La encuesta de satisfacción de los usuarios realizada al final de la sesión educativa, fue muy positiva.
- De los 63 participantes que realizaron la encuesta final, la nota media fue de 4.75.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Dado que los actuales programas de salud bucodental están más orientados al grupo de población infantil, nuestro objetivo era detectar el desconocimiento en materia de salud bucodental y las patologías más frecuentes en la 3ª edad, para proporcionar a las personas mayores una educación en relación a hábitos de higiene, técnicas de cepillado, uso y limpieza de prótesis dentarias.....
- El interés por la salud bucodental en las personas mayores de 75 años adscritas al centro de salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0799

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA EN SALUD BUCODENTAL DE LA 3ª EDAD

Fuentes Norte ha sido más alto del esperado y los pacientes aceptaban de buen grado participar en el estudio.
- Todos los temas abordados fueron muy bien valorados por los participantes demostrando una activa participación en los talleres.
- Los principales problemas detectados fue el desconocimiento de la enfermedad periodontal (enfermedad de los tejidos de soporte del diente) y cuidado y mantenimiento de la prótesis dental.
- De la información obtenida en el taller consideramos que es necesario concienciar a la población de la importancia de acudir a visitas periódicas al Odontológo, para el diagnóstico precoz de patología oral. Hemos detectados frecuente patología periodontal que podría evitarse con buena educación sanitaria en materia de salud bucodental.

7. OBSERVACIONES.
Dada la gran satisfacción de los participantes y el elevado número de pacientes que presentan ausencia de piezas dentales, sería recomendable repetir periódicamente las sesiones educativas en el centro de salud. Así, como sesiones educativas dirigidas a otros grupos de población para que adquieran formación y poder evitar futura patología bucodental.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/799 ========== ***

Nº de registro: 0799

Título
INTERVENCION EDUCATIVA EN SALUD BUCODENTAL DE LA 3 EDAD

Autores:
GARCIA DE CASTRO MARIA TERESA, RELLO PEDRO DE ALCANTARA MARTA, FERNANDEZ ZUECO MARIA FE, HERNANDEZ SERRANO MIGUEL, SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA, SARSA GOMEZ ANA, BAILO VINUES LORENA, SASTRE MOHAMED SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Bucodental
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la Salud budodental en la comunidad
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado en la población de mayor edad (>75 años) del barrio urbano Las Fuentes de Zaragoza, un desconocimiento en relación con la salud bucodental. A esta conclusión se ha llegado en la consulta de Odontología del Centro de Salud en las visitas que los pacientes realizan con frecuencia para la realización de exodoncias dentarias y otras patologías.

Este desconocimiento esta motivado por la falta de información que esta población presenta con respecto a la higiene bucodental,el mantenimiento y la reposición de piezas dentarias.
Existe la falsa creencia de que la edad conlleva el abandono de la cavidad oral y el deterioro de la función masticatoria

RESULTADOS ESPERADOS
-Identificar los principales problemas bucodentales que afectan a las personas mayores
-Determinar las necesidades educativas en materia de salud bucodental de la población mayor, del Centro de Salud " Las Fuentes Norte "
-Elaboración de un programa educativo de salud bucodental,
-Implementar el programa educativo de salud oral.

MÉTODO
- Se realizará la exploración de la cavidad oral a aquellos pacientes >75 años que acudan a la consulta de Odontología del Centro de Salud, para así determinar los principales problemas bucodentales en esta población

- Se preparará un cuestionario con preguntas simples para determinar el grado de conocimiento del paciente y valorar el interés y la importancia que la salud bucodental tiene para el paciente; dicho cuestionario se facilitará a los pacientes en el momento de ser atendidos en la unidad. Será presentado también por los médicos de familia en sus respectivas consultas.

- Elaboración del programa educativo de salud bucodental en base a la información obtenida con el cuestionario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0799

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA EN SALUD BUCODENTAL DE LA 3ª EDAD

- Realización de la intervención educativa mediante de charlas educativas para ayudar a los pacientes a mejorar su salud bucodental: higiene, cambios orales con la edad, prótesis dentarias, …. Se facilitara la participacion activa de los asistentes para que puedan exponer sus inquietudes.

- Realización de encuesta de satisfacción de los usuarios

INDICADORES
- % de pacientes atendidos en la unidad USB que han participado en el programa educativo. Estandar 70 %
- % de desconocimientos que han sido abordadas en la programa educativo. Estándar: 80 %
- Grado de satisfacción de los pacientes mayores de >75 en relación programa educativo de salud bucodental. Estándar: Nota media >4 sobre 5

DURACIÓN
Marzo:
Se elaborará un cuestionario con preguntas simples para determinar el grado de conocimiento del paciente y valorar el interés y la importancia que la salud bucodental tiene para el paciente.
Responsables: Mª Teresa García de Castro. Marta Rello Pedro de Alcantara

Abril- Septiembre
- Exploración de la cavidad oral a ellos pacientes >75 años que acudan a la consulta de odontología del Centro de Salud, para así determinar los principales problemas bucodentales en esta población.
Responsable: Mª Teresa García de Castro.
- Cuestionario en materia de salud bucodental
Responsable
Octubre-Noviembre

Elaboración del programa educativo de salud bucodental en base a la información obtenida con el cuestionario y en la exploración de cavidad oral.
Responsable: Mª Teresa Garcia de Castro

Implementacion de la intervención educativa con soporte audiovisual y la realización de charlas educativas para ayudar a los pacientes a mejorar su salud bucodental: higiene, cambios orales con la edad, prótesis dentarias, …Esta previsto la realizacion de 3 sesiones en la biblioteca del centro de salud..
Responsables:Mª Teresa García de Castro (Médico-estomatólogo). Marta Rello Pedro de Alcantara.(higienista dental)

Realización de encuesta de satisfacción de los usuarios a finalizar la charla educativa

Evaluación a final de año.
Responsable . Mª Teresa Garcia de Castro

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 - 2019/0438

1. TÍTULO

"MANDA A PASEO TU RUTINA". PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE MIRAFLORES. CENTRO DE SALUD SAGASTA-MIRAFLORES

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES DIAZ RUBIRA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA RUIZ DIANA
TARRAGÜEL GRACIA CECILIA
VELA CONDON PILAR
FUERTES ROCAÑIN PILAR
ORTA BERNAL TATIANA
ETRASMONTAN GALVEZ JOSE
GRIMA SERRANO VICTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad ha consistido en realizar paseos diarios, con inicio en la plaza de la Iglesia del Sagrado Corazón en el Parque Miraflores, realizando 10 minutos de calentamiento, recorrido por el parque en toda su extensión y terminando en el andador Luis Puntes (dentro del mismo parque) con 10 minutos de estiramientos. Dichos ejercicios han sido elaborados y supervisados por el servicio de Fisioterapia del Centro de salud.
La manera de comunicar la actividad ha sido directamente en las consultas de enfermería e indirectamente através de carteles hechos por el personal de enfermería y trípticos proporcionados por la Sociedad aragonesa de Cardiología.
La actividad se inició el 10/09/2019 y se ha realizado ininterrumpídamente hasta hoy de 11.30. a 12.30h, con una asistencia media de 20 personas siendo un total de 58 personas los que asisten.
Se han empleado los siguientes recursos :
- Contactamos con Marisa Campillos Apezteguía de la agencia de Medioambiente del ayuntamiento, proponiendo incluir el parque Miraflores como Parque con corazón. Ellos elaboraron la ruta, la cuál fué avalada por la sociedad Aragonesa de Cardiología.
- Personal de enfermería que ha hecho turnos de acompañamiento y supervisión de ejercicios hasta que através de voluntarios ó de los mismos paseantes han seguido con dicha labor.
- Los fisioterapeutas del centro, realizando las tablas de ejercicios.
-El Aula de Medioambiente " La Calle Indiscreta". Se han realizado 4 visitas con el grupo de paseos.
Los resultados han sido positivos, ya que tanto los datos objetivos de salud (peso, tensión arterial...), como los subjetivos por las encuestas realizadas, han demostrado el beneficio de la actividad. Se ha trabajado de forma integral, tanto el aspecto físico, cardiovascular y afectivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los objetivos marcados, hemos conseguido que la actividad funcione, que mas de 50% de las personas que empezaron sigan en la actividad y se ha conseguido que se forme un grupo muy unido también afectívamente.
En una encuesta realizada al inicio de la actividad, hemos recogido los siguientes datos,
con una escala del 1 al 10 han sido :
-En cuanto a la valoración de su forma física, un15% ha dado un 1, el 15% un 3, el 35 % un 5, un 30% un 7 y un 5 % un 10
-Con respecto a si le cuesta salir de casa: un 25% ha dado un 1, un 20% un 3, otro 20% un 5, otro 20% un 7 y un 15% un 10
-Si los paseos les aportan algún beneficio: un 5% ha dado un 1, un 10% un 5, un 45 % un 7 y un 40% un 10
-Y la 4ª valoración es cómo ven su vida social: un 15% un 1, un 10% un 3, un 5% un 5,un 45% un 7 y un 25% un 10.
Hasta ahora los resultados de satisfacción son óptimos, a los 6 meses del inicio de la actividad, volveremos a pasar la encuesta y se valorarán los resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estas actividades comunitarias son necesarias, siendo la base de la promoción y prevención de la salud, pero no es una actividad que entre dentro de nuestras agendas, siendo muy dificil de compatibilizar con el trabajo diario.Consideramos que hemos hecho un gran esfuerzo, ya que la mayor parte de la actividad sale de nuestro tiempo libre, pero ha sido satisfactorio tanto a nivel personal como profesional ya que nos ha permitido trabajar a nivel multidisciplinar.Nos gustaría que con el tiempo la Atención Comunitaria tuviera un hueco en nuestras agendas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/438 ========== ***

Nº de registro: 0438

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0438

1. TÍTULO

"MANDA A PASEO TU RUTINA". PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE MIRAFLORES. CENTRO DE SALUD SAGASTA-MIRAFLORES

Título
"MANDA A PASEO TU RUTINA" PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE MIRAFLORES. CENTRO DE SALUD SAGASTA MIRAFLORES

Autores:
DIAZ RUBIRA MERCEDES, GRACIA RUIZ DIANA, CASTILLERO CANTERIA MARIA ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología crónica no grave.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
1-Vistas las necesidades y características de nuestra población, una comunidad envejecida y en la que hay muchas personas que viven solas, vemos necesario promover una actividad física asequible, como es pasear en grupo.
2-Aprovechar esta actividad para la promoción de la salud,informando sobre los aspectos beneficiosos del ejercicio y dando la oportunidad de resolver cuestiones que les preocupan de su salud.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Mejorar la movilidad articular, tonificación muscular y sistema cardio-respiratorio de los participantes.
2-Fomentar las relaciones interpersonales que ayuden a mejorar el aspecto afectivo emocional.
3-Ofrecer la posibilidad de crear entre los participantes un grupo de apoyo.

MÉTODO
- La actividad surgió a iniciativa del Centro de Salud y en colaboración con el proyecto Parques con Corazón del Ayuntamiento de Zaragoza, avalado por la sociedad aragonesa de cardiología y tutelado por voluntarios del Ayuntamiento, y en la que participará activamente el personal de enfermería.
- Se ha mantenido contacto telefónico y por e-mail con la Agencia de Medioambiente y sostenibilidad.
- La comisión creada para esta actividad del Centro de salud, se reune una vez por semana para planificar el desarrollo de la misma.
- La captación de participantes se va a hacer desde las consultas y através de carteles y folletos informativos.
- La actividad empezará diariamente a las 9.50h. frente al Centro y consistirá en 10 minutos de calentamiento, 30 minutos de paseo por el parque Miraflores y 10 minutos finales de estiramiento
-Se dará una encuesta a los participantes al inicio de la actividad y otra a los 3 meses para evaluar el beneficio obtenido.

INDICADORES
1- Evaluación mediante encuesta a los participantes, al inicio y a los tres meses de comenzar la actividad.
2- La encuesta constará de preguntas objetivas: TA, pulso, satur. O2, peso, etc y subjetivas : ¿ Que pretende mejorar de su salud con el ejercicio?, etc.
3- Realizar la actividad durante al menos dos periodos de tres meses.
4- Que terminen la actividad al menos el 50% de los participantes.

DURACIÓN
- Comenzaremos hacia finales de Marzo de 2019 hasta el 30 de Junio, descanso estival y retomaremos la actividad el 1 de Septiembre según los resultados obtenidos.
- Presentación del Proyecto al Equipo a primeros de Marzo

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 - 2019/0842

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES DIAZ RUBIRA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA RUIZ DIANA
VELA CONDON PILAR
FUERTES PILAR
LINARES QUERO JESUS
ORTA BERNAL TATIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO

ZONA DE SALUD
SAGASTA RUISEÑORES Y MIRAFLORES
ZARAGOZA SECTOR II

PRIMERA PARTE

INDICE
- Introducción
- 1. Determinantes de Salud
-1.1 Demografía
-1.2 Entorno
-1.2.1 Entorno Físico. Datos Geográficos
-1.2.2 Entorno social y Económico
-1.2.3 Vivienda
-1.2.4 Transporte
-1.2.5 Servicios Sociales
-1.2.6 Educación
-1.2.7 Situación Laboral
-1.2.8 Servicios Sanitarios
-2. Indicadores de Salud
-2.1 Morbilidad
-2.2 Mortalidad
-3. Recursos Comunitarios
-3.1 Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernandez
-3.2 Consejo de Salud de la Zona Básica de Salud de Ruiseñores
-3.3 Servicios a Personas Mayores
-3.4 Centros Culturales, Equipamientos, Programas y Proyectos Sociales.

INTRODUCCIÓN

Un Diagnóstico de Salud Comunitario consiste en hacer un estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de los problemas y necesidades que la comunidad manifiesta, así como de los factores que influyen positiva y negativamente sobre dicho nivel de salud. Es un modelo de atención preventivo en el que participa la población con el propósito de resolver las necesidades de salud de su comunidad. Es el primer paso en el proceso de planificación de una intervención sanitaria
El trabajo se ha realizado entre los dos Equipos de Atención Primaria que comparten el Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández del Sector II de Zaragoza. Dicho trabajo consta de dos partes, la primera, es un estudio descriptivo de las características de la zona y la segunda recopila los problemas, necesidades y activos de salud, que una muestra representativa de la comunidad considera que hay en el momento del estudio.
Es una toma de contacto entre los que formamos parte de la zona y esperamos que este trabajo, sea capaz de reflejar la salud de nuestra comunidad y sirva de orientación para proyectos y actividades conjuntas, que influyan positivamente tanto en nuestra salud como en la del entorno, mejorando la calidad de vida de los que viven en ella

1. DETERMINANTES DE SALUD

Determinante de salud es el conjunto de factores tanto sociales como personales, ambientales y económicos que influyen en el estado de salud de poblaciones o individuos.

1.1 DEMOGRAFÍA

La demografía es el estudio estadístico de las poblaciones humanas, según su estado y distribución en un momento determinado.
La zona de Salud de Miraflores y Ruiseñores está situada en la zona central urbana con una población envejecida, alta densidad y el nivel de renta más alto de Zaragoza. Tiene una superficie de 1,8 Km2 y una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

población de 53,269 habitantes con una tendencia decreciente. La edad media es de 49,1 años.
La pirámide de población muestra una población envejecida con mayoría de mujeres > 50 años y sobre todo > 85 años. Escasea la población en las edades más bajas.
A continuación aportamos datos obtenidos del Padrón 2016.
La población en Aragón > 65 años es de un 21,3% y la población >85 años es de un 3,9%, en nuestra zona se superan ambas cifras, como vemos en la tabla.
La Esperanza de Vida al nacimiento, según el Atlas de Salud Aragón y calculada en base a la mortalidad de los años 2014, 2015 y 2016, en la zona a estudio, supera la media en Aragón que oscila entre 84 y 75 años en hombres y en mujeres entre 88 y 82 años.

MIRAFLORES
RUISEÑORES
Mayores de 65 años
30,18%
28,28%
Mayores de 85 años
4,88%
5,76%
Sobreenvejecimiento
16,19%
19,40%

Hombres
Mujeres
Hombres
Mujeres
Esperanza de vida al nacimiento
79,60
86,60
80,20
87,10

POBLACIÓN INMIGRANTE

El porcentaje de población extranjera es del 10,15%, algo inferior a la media de la ciudad, que alcanza el 14,25%. Las 5.405 personas extranjeras que viven en el Centro proceden principalmente de Europa y América y en mucha menos medida de Asia y África, El país más representado es Rumanía con casi el 30%, seguido de Nicaragua con un 10%. Por último China oscila entre el 2,2 y el 5.6%.
En el último año llegan a la zona un número de personas similar a los que se van.

1.2 ENTORNO

1.2.1 ENTORNO FÍSICO. DATOS GEOGRÁFICOS.

CLIMA Y SERVICIOS MEDIOAMBIENTALES

Zaragoza tiene un clima mediterráneo, con marcada influencia continental, caracterizado por escasas precipitaciones (320 mm3 anuales) y un promedio de 15,3ºC. El viento conocido como Cierzo, de componente noroeste, es un viento fuerte, fresco y seco originado en el Moncayo. En invierno y a comienzos de primavera sopla con frecuencia a una media de 19 km/h. Los índices de contaminación son bajos.
Contamos con un Aula de Medioambiente Urbano llamada "La Calle Indiscreta", con la que el Centro de Salud colabora activamente.
Zaragoza es una ciudad con amplias zonas verdes. En nuestra zona tenemos:
-Parque Pignatelli.
-Parque Miraflores.
-Parque Grande José Antonio Labordeta.

1.2.2 ENTORNO SOCIAL Y ECONÓMICO
La renta media en nuestra zona por hogar es de 43.344,16 € anuales, bastante superior a los 31.174,71 € que alcanza la media zaragozana.
El Índice de Privación nos permite cuantificar las desigualdades por medio de una variable resumen que integra información de varias dimensiones de desigualdad. Los valores más elevados indican mayor privación y los inferiores menor privación. El índice de privación en Miraflores es -1.07 y en Ruiseñores es-1.51, lo que indica un nivel bajo de privación o desigualdad. El Índice de Entropía se utiliza para medir distribuciones desiguales de grupos de población en un área geográfica. El índice varía de 0 a 1, es 0 cuando tiene la misma composición grupal, y 1 cuando existe una equitatividad o diversidad perfecta de los grupos (en este caso de las diferentes nacionalidades).
En esta zona el Índice de Entropía es 0,03. La diversidad media del conjunto de la ciudad se cifra en 0,26.

1.2.3 VIVIENDA
En Zaragoza el 31% de los hogares son unipersonales de los que un 38% son >65 años.
En la zona Centro los hogares unipersonales son un 36,17% y el 17,14% son >65 años.
En el censo de población de 2011 se contabilizan en Zaragoza 326.932 viviendas, de las cuales una cuarta parte son de la década de los 70. El 76% de la población zaragozana tiene disponibilidad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

ascensor en el edificio de residencia. Del resto que no dispone de ascensor el 6% vive en una 3ª planta o superior. El 14,62% no tiene ningún garaje en la manzana.
Las viviendas sin Internet en nuestra zona son Miraflores un 34.10% y Ruiseñores un 40,87 %.

HOGARES UNIPERSONALES 65 Y MÁS AÑOS Y MONOPARENTALES

Aunque la forma de convivencia más habitual en mayores de 65 años es la pareja sola, la edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad.
Los hogares monoparentales son el núcleo familiar compuesto por un único progenitor y los hijos a su cargo, siempre que este progenitor sea el único sustentador de la familia.

España
Aragón
Miraflores
Ruiseñores
Hogares unipersonales = 65 años
9,00%
11,20%
14,63%
18,12%
Hogares monoparentales
16,20%
14,30%
17,13%
17,62%
Fuente de información el Censo 2011

En los últimos años se ha observado un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años, siendo en nuestra zona superior al de Aragón y casi el doble que en España. Las cifras de hogares monoparentales son también superiores a las de Aragón y España.

1.2.4 TRANSPORTE

La Zona de Salud de Miraflores y Ruiseñores, al encontrarse situada en el centro urbano, se encuentra bien comunicada con el resto de la ciudad por transporte público.
Podemos encontrar 19 lineas de autobús urbano que pasan por la zona:
Ci1,Ci2,21,38,39,40,29,30,31,32,33,34,35,23,24,25,26,27 y 51.
Una línea de tranvía recorre la Gran Vía y hay una Estación de Cercanías en la Avenida Goya.
También dispone la zona de un servicio de transporte urbano no contaminante .El ayuntamiento ha incorporado carril bici en casi toda la zona y Cicloestaciones Bizi (Anexo 1). Hay varias empresas privadas que ponen a disposición del usuario alquiler de patines, motos ecológicas y bicicletas eléctricas.

1.2.5 SERVICIOS SOCIALES

-Centro Municipal de Servicios Sociales San José: orientan en caso de problemas familiares, personales o sociales, gestionan prestaciones como teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio o información sobre la ley de dependencia, llevando a cabo un plan de intervención personalizado.
-Centro de Convivencia de mayores Laín Entralgo. Es el centro de referencia de nuestra zona para personas mayores de 60 años, como lugar de encuentro y relación, destinados a ofrecer servicios y actividades adecuados a sus intereses y necesidades. .
-Biblioteca de Aragón: los objetivos son la promoción del libro y la lectura, destinados a todo tipo de público.
-Ludotecas:(Ludoteca Municipal El Chiflo, Baboom espacio infantil y familiar, Ludoteca bilingüe Zaragoza, MAMISI, Guardería Infantil Español).
-Centro de Salud Miraflores y Ruiseñores: consultar agenda de Comunitaria para ver actividades.
1.2.6. EDUCACIÓN

El porcentaje de personas con instrucción insuficiente de una determinada población está muy relacionado con el porcentaje de personas mayores de dicha población, en cuya infancia no fue obligatorio finalizar los estudios primarios. En nuestra zona el nivel de instrucción insuficiente es bajo.
En relación a la instrucción insuficiente en jóvenes, este indicador podría recoger parte de las personas que no han residido en nuestro país en su etapa de escolarización. El nivel de instrucción insuficiente en general de la población extranjera en nuestra zona es alto.
España
Aragón
Miraflores
Ruiseñores
Instrucción Insuficiente
25,50%
23,10%
13,54%
14,96%
Instrucción Insuficiente en Jóvenes
12,40%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

11,00%
9,72%
7,64%
Instrucción Insuficiente en Población Extranjera
18,1%

16,7%

35,14%

22,22%
Fuente de Información el Censo de 2011

Centros Educativos de la zona, ver Anexo 2.

1.2.7 SITUACIÓN LABORAL

Las cifras de desempleo, considerando que son del Censo de 2011, son inferiores tanto a las de Aragón como a las nacionales. El porcentaje de trabajadores manuales como el de eventuales es inferior a la media en Aragón.
El porcentaje de desempleo en España según el Censo de 2011 fue de 29,6 %, en nuestra zona Miraflores 19.76 y Ruiseñores 18.53.
Los trabajadores manuales presentan tasas de mortalidad más elevadas que las de los no manuales. Esto puede estar condicionado tanto por los riesgos inherentes al tipo de trabajo, como a factores derivados de la privación de ingresos en algunos casos. En España este porcentaje fue del 53 %, inferior al de Aragón 55 %. En nuestra zona Miraflores 29.79 % y Ruiseñores 28.94 %.
En España el porcentaje de asalariados eventuales es de 39,6 %, superior al de Aragón 30,8%. Los datos en Miraflores 23,91% y en Ruiseñores 22,47%.

1.2.8 SERVICIOS SANITARIOS

ACCESIBILIDAD DEL CIUDADANO A LOS SERVICIOS SANITARIOS. DEL CENTRO DE SALUD

Los datos de demoras son aproximados en relación a la actividad de todo el año.
Fuente de datos: Servicio de admisión del Centro de Salud.

E.A.P. SAGASTA RUISEÑORES.

-Enfermería: No hay demoras.
-Médicos de familia turno de mañana: Demora media de 2 días (facultativos con ningún día de demora y algunos con hasta 3-4 días de demora con picos en invierno de una semana)
-Médicos de familia turno de tardes: Demora media de 0,2 días (facultativos con o ningún día de demora y algunos con 1 día de demora)
-Media de Médicos de familia Ruiseñores 1,14 días de demora.
-Pediatría: No hay demora ni en turno de mañana ni de tarde.

E.A.P. SAGASTA MIRAFLORES

-Enfermería: No hay demoras.
-Médicos de familia turno de mañana: Demora media de 1,16 (La mayoría no tienen demora salvo un facultativo que puede tener 2 días y otra facultativa que llega a tener una semana, los otros 5 facultativos no tienen demora).
-Médicos de familia turno de tardes: No hay demoras.
-Media de Médicos de familia Miraflores: 0,7 días de demora.
-Pediatría: No hay demora ni en turno de mañana ni de tarde.

UNIDADES

-Odontología: Demoras de 1,5 semana.
-Matrona de Miraflores: Sin demora
-Matrona de Ruiseñores: Demoras únicamente en Citologías, de un mes aproximadamente.
-Fisioterapia: Demora tanto en turno de mañana como de tarde de un mes.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL CENTRO DE SALUD

A continuación detallamos una encuesta realizada a médicos del Centro de Salud sobre los motivos principales de asistencia a consulta médica y de urgencias en domicilio
Las Enfermedades Crónicas, las Infecciones (sobre todo respiratorias) y la Ansiedad son los motivos clínicos más frecuentes de asistencia a consulta médica. Estos datos se basan en la intervención de 15 médicos del Centro Salud, con la valoración de 150 ítems.

Datos extraídos por profesionales del Centro de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

Para la valoración de los motivos más frecuentes de aviso urgente a domicilio, han intervenido 18 médicos del Centro Salud de Sagasta, basándose en 54 ítems, siendo el dolor, las infecciones y la soledad/depresión los motivos más frecuentes.

Datos extraídos por profesionales del Centro de Salud.

PRÁCTICAS PREVENTIVAS

La vacunación de gripe en la Zona de Miraflores y en la de Ruiseñores, presentan coberturas muy bajas de vacunación de gripe en mayores de 65 años, 47,90%.
También se realizan pruebas preventivas como citologías, pruebas de detección de cáncer colorrectal, cáncer de endometrio y prevención cardiovascular.

2. INDICADORES DE SALUD

2.1 MORBILIDAD

La información que se presenta es del "Atlas de Aragón de Salud Pública, vigilancia del estado de salud y sus determinantes por Zona Básica de Salud", se refiere a Morbilidad (aparición de casos de enfermedad en una población en un período, que en este caso son de 2018, excepto las de Sobrepeso y Obesidad que son de 2014) y a Mortalidad (aparición de casos de muerte por diferentes causas en una población en un período, que en este estudio es de 2017).

El indicador utilizado es Razón Estandarizada de Mortalidad suavizada (REMs) presenta el riesgo de padecer una enfermedad, respecto al conjunto de Aragón que se toma como comparación y se le da el valor 100. Así, un valor de 110 indica un 10% más de riesgo de padecer esa enfermedad que la media de Aragón, y un valor de 85, un 15% menos de riesgo.

Las cifras de Sobrepeso, Obesidad, Hipertensión y Diabetes son inferiores a la media de Aragón.
El Cáncer es un importante problema de Salud Pública debido a su magnitud, medida por su incidencia, prevalencia, mortalidad y años potenciales de vida perdidos. En nuestra zona los datos están en torno a la media de Aragón.
Los Accidentes Cerebrovasculares (ACV) se producen por falta de riego sanguíneo en el cerebro, lo que afecta a sus funciones de manera transitoria o permanente. Son la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres. En nuestra zona estamos por debajo de la media de Aragón.
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un trastorno importante por su elevada frecuencia, los costes sociales y económicos que conlleva y la mortalidad que causa. Es de destacar que el grupo de población más afectado de nuestra zona, es el de mujeres en Ruiseñores, no superando la media de Aragón.
La depresión es un importante problema de salud y es de destacar que supera a la media de Aragón. La incidencia en hombres es alta, tanto en Miraflores 18,62%, como en Ruiseñores 5,34%. Las mujeres en Miraflores igualan a la media en Aragón y en Ruiseñores con un 10,87% están por debajo.
La demencia se trata de un cuadro asociado fundamentalmente a la edad, afecta sobre todo a personas por encima de 65 años y es una de las principales causas de incapacidad en la vejez. En nuestra zona todos los datos están por debajo de la media de Aragón.
La cirrosis hepática es una enfermedad crónica que suele ser el final de muchas enfermedades que han causado un daño crónico en el hígado. La incidencia en nuestra zona está por debajo de la media de Aragón.
Miraflores
Ruiseñores

Hombres
Mujeres
Hombres
Mujeres
Sobrepeso
85,61
68,98
100,12
87,80
Obesidad
57,24
49,83
68,07
62,97
Sobrepeso / Obesidad
72,79
59,59
85,85
75,69
Hipertensión
89,87
84,47

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

82,75
81,54
Diabetes
77,84
58,69
80,49
67,41
Neoplasias
104,97
90,86
90,47
91,31
Accidentes Cerebrovasculares
90,69
92,82
99,74
86,31
Enferm Pulmonar Obstructiva Crónica
67,10
79,73
83,49
90,51
Depresión
118,62
100,26
105,34
89,13
Demencia
83,27
67,16
77,13
62,45
Cirrosis
77,87
73,88
85,58
79,95

DATOS DE MORBILIDAD EN ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS.

Las enfermedades de trasmisión alimentaria son aquellas que se transmiten por consumo de alimentos o agua, que se han contaminado por algún microorganismo, químico o toxina en algún momento de su procesamiento o preparación.
Las enfermedades de transmisión respiratoria son aquellas que se transmiten por las gotículas que se expulsan al respirar, toser o estornudar. Destaca el dato de Mujeres en Ruiseñores con 51,31% y el de hombres en Miraflores un 42,15% más que la media en Aragón.

Miraflores
Ruiseñores

Hombres
Mujeres
Hombres
Mujeres
Enfermedades de Trasmisión Alimentaria
78,98
78,66
83,07
61,64
Enfermedades de Trasmisión Respiratoria
142,15
105,97
126,45
151,31

2.2 MORTALIDAD

La mortalidad es un indicador demográfico que señala el número de defunciones en una población. De manera indirecta informa sobre el estado de salud de la misma.
Los tumores malignos son un importante problema de salud por el alto número de casos y ser una de las primeras causas de muerte, responsables de gran cantidad de años potenciales de vida perdidos, además de importantes costes humanos y materiales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

Los tumores colorrectales son más frecuentes en las edades más avanzadas.
El tumor maligno de mama es el 2º tumor que causó mayor mortalidad en las mujeres después del colorrectal.
El tumor maligno broncopulmonar es la causa más frecuente de muerte en hombres.
Las enfermedades del sistema circulatorio han sido la causa más frecuente de muerte para el total de la población y en mujeres.
La mortalidad por enfermedad cerebrovascular presenta un claro descenso en la última década.
En Aragón en 2016, las enfermedades del sistema respiratorio ocupan el tercer lugar como gran grupo de causas de muerte.
Las enfermedades digestivas fueron en conjunto la sexta causa de mortalidad en 2016.
Y la mortalidad por causas externas hace referencia a aquellas muertes ocasionadas por accidentes, violencia, envenenamientos y otros efectos adversos. Pueden ser intencionales como el suicidio y el homicidio, o no intencionales como los accidentes.

Miraflores
Ruiseñores

Hombres
Mujeres
Hombres
Mujeres
Tumor Maligno
95,71
104,92
97,38
105,41
Tumor Colorrectal
106,22
78,50
91,07
109,58
Tumor de Mama en Mujeres

90,98

103,32
Tumor de Pulmón en Hombres
96,64

91,24

Circulatorio
88,60
92,65
93,77
96,76
Cerebrovascular
85,90
91,47
85,60
100,26
Respiratorio
95,25
99,03
98,62
96,49
Digestivo
100,09
89,23
91,58
89,79
Causas Externas
83,91
93,48
89,31
75,11

3. RECURSOS COMUNITARIOS

3.1 CENTRO DE SALUD JOSE RAMÓN MUÑOZ FERNANDEZ

El Centro de Salud realiza actividades recogidas en la Agenda de Comunitaria.
Está formado por dos Equipos de Salud Miraflores y Ruiseñores, además de personal y unidades especializadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

(Organigrama, ver Anexo 3)

3.2 CONSEJO DE SALUD DE RUISEÑORES

Es un órgano multidisciplinar de participación, que tiene reuniones periódicas donde se tratan temas que interesan a la comunidad. Componentes (ver Anexo 4)

3.3 SERVICIOS A PERSONAS MAYORES

Públicos: -Centro de convivencia para mayores Laín Entralgo
-Hogar de la Tercera Edad San José de Calasanz
Privados: Club Cultural 33, Club de ancianos Parroquia Sagrado Corazón, Club de jubilados de San Juan de la Cruz, Club de la Tercera Edad Nuestros Mayores, Hogar de Ancianos Santa Rita

RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA

Pocas residencias se localizan dentro de nuestra zona de acción. En 2017 en Zaragoza había 184 residencias, de las cuales 39 con más de 100 plazas, 56 de 50 a 99 plazas, 59 de 25 a 49 plazas y 30 de menos de 25 plazas.
De todas ellas, 140 son privadas, con 8964 plazas, constituyendo el 72,4% de carácter privado y el 43% carácter público.

3.4 CENTROS CULTURALES, EQUIPAMIENTOS, PROGRAMAS Y PROYECTOS SOCIALES (Ver Anexo 5)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1ªParte Diagnóstico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Falta 2ª Parte

7. OBSERVACIONES.
Sería necesario poder adjuntar el archivo con el documento, ya que no deja insertar tablas ni graficas

*** ========== Resumen del proyecto 2019/842 ========== ***

Nº de registro: 0842

Título
"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

Autores:
DIAZ RUBIRA MERCEDES, GRACIA RUIZ DIANA, CASTILLERO CANTERIA MARIA ROSA, FUERTES ROCAÑIN PILAR, VELA CONDON PILAR, LINARES QUERO JESUS, DEL PILAR ORTA BERNAL TATIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

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
Consideramos que realizar el Diagnóstico de Salud de una Comunidad
permite conocer su territorio, factores sanitarios, no sanitarios, necesidades y recursos que la población considera que determinan su Salud. Solo sabiendo de donde partimos, podremos avanzar hacia la mejora de la calidad de vida de nuestra comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo General:
Elaborar el diagnóstico de salud de la zona Sagasta Ruiseñores - Miraflores, el cual luego nos permita realizar proyectos enfocados a las necesidades detectadas, que mejoren la calidad de salud de la comunidad.
La finalidad de este informe es constituir una herramienta de trabajo dinámica que a través de reuniones y actividades de participación, constituya un documento de trabajo útil para los miembros de la comunidad y que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

permita aumentar el conocimiento de ella y generar ideas nuevas para compartirlas y avanzar juntos.

Objetivos específicos:
-Conocer las características territoriales, sociodemográficas y del servicio sanitario de nuestra zona.
-Recopilar los recursos comunitarios existentes.
-Especificar las patologías más prevalentes de nuestra población.
-Identificar de forma participativa, los determinantes y problemas que influyen en la salud de nuestra comunidad.
-Establecer vínculos entre las distintas asociaciones y entidades del ámbito sociosanitario.

MÉTODO
-Primera etapa:
Realizaremos una recopilación Cuantitativa Descriptiva, que nos permita conocer, la evolución histórica, las características geográficas, sociodemográficas, laborales y sanitarias (morbilidad, mortalidad, motivos principales de asistencia en consulta, accesibilidad a los diferentes trabajadores del centro de salud, etc), la tipología de viviendas-edificios y los recursos comunitarios. Para ello utilizaremos registros y bases de datos de diferentes organismos públicos, estudios publicados y testimonios de personas clave.

-Segunda etapa:
1-Realizaremos un estudio Descriptivo Cualitativo mediante investigación-acción participativa a través del Consejo de Salud, grupos focales e informantes clave, así como del uso de encuestas, que nos servirán para identificar los determinantes y problemas de salud de la zona.

2-Haremos una distribución por edades de la población con la que vamos a trabajar en tres tramos:
-Infanto - Juvenil <18 años,
-Edad Adulta de 18 a 65 años
-Edad Madura >65 años

3-Clasificaremos los determinantes de salud en siete categorías:
Territorial, Medioambiental, Social, Educativa, Cultural, Económica y Sanitaria.

INDICADORES
Conseguir detectar necesidades y/o problemas en un Estándar 20 – 30, en el total de las categorías anteriormente definidas.

DURACIÓN
-De Marzo a Junio de 2019. Realización del estudio Descriptivo Cuantitativo.
-De Junio a Septiembre 2019. Preparación de encuestas y toma de contacto con grupos.
-Del 1 de septiembre al 31 de Diciembre. Realización del estudio Descriptivo Cualitativo.
-Enero y Febrero de 2020. Elaboración de la Memoria del Proyecto para su presentación.
-Duración de la elaboración del Proyecto un año.
Presentación del Proyecto al equipo en Mayo 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 - 2019/0931

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PAZ ARROYO CLEMENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZNAR HEREDIA MARIO
CASTILLERO CANTERIA ROSA
FERRER AGUILO LETICIA
GUARDIA VALENZUELA MIRIAM
ALDEA CAMPILLO SARA
JIMENEZ MARCEN ANA ISABEL
SERNA FORTEA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La Primera semana del Febrero de 2019 se constituyo el grupo de Trabajo INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II del CS Sagasta-Miraflores y se acordó el calendario de actividades y sesiones a realizar junto con el personal médico y de enfermería.

Funciones del equipo de trabajo:
-Trasladar los Objetivos del Programa
-Informar de los datos de partida obtenidos a través del cuadro de mandos de diabetes del coordinador.
-Fomentar el control de microalbuminuria por parte del equipo medico, localizar y subsanar los problemas existentes en el circuito de extracciones para asegurar la presentación de la muestra de orina e incidir en la importancia de la exploración del pie diabético así como en la valoración y registro de su riesgo por parte del personal de enfermería.

Se realizaron un total de cuatro sesiones: tres informativas y una formativa

1.Marzo: Sesión Informativa
- Obtención de los listados de pacientes diabéticos pertenecientes a cada cupo e interpretación de diagramas de cuadro de mandos.
-Información e importancia de las actividades a realizar para la consecución del proyecto.
-Importancia del registro de los datos obtenidos en la exploración del pie diabético en OMI-AP
2.Julio: Sesión Formativa
-Taller con los trabajadores sustitutos para informar sobre el proyecto de mejora, instrucción sobre la correcta exploración del pie diabético y la valoración de su riesgo y reparto de monofilamentos de Semmes-Weinstein.
3.Agosto: Sesión informativa
-Evaluación y análisis de los datos obtenidos en un primer corte e información de los resultados a los profesionales. Ver la evolución del proyecto comparando indicadores de microalbuminuria, exploración de pie diabético y valoración de riesgo obtenidos del cuadro de mandos de nuestro centro con una visión general del Sector Zaragoza II.

4.Enero 2020:
- Evaluación final del programa
- Elaboración de la memoria del proyecto a cargo del grupo de trabajo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tal y como indica la definición de los indicadores analizados, nuestra población diana ha sido la totalidad de pacientes diabéticos pertenecientes al CS Sagasta-Miraflores, sin distinción de sexo, de edad mayor o igual a 15 años en la fecha de estudio y diagnosticados antes de los 12 últimos meses. Su participación en el mismo ha sido pasiva.

Cotejando los datos del año 2018 con el año 2019 :
Nº total de pacientes 2018: 19684 (1117 diabéticos) prevalecia 5,67%
Nº total de pacientes 2019: 19377 (1121 diabéticos) prevalencia 5,78%

Durante los dos años, quedan fuera de nuestro estudio dos pacientes menores de 15 años.

Hay un descenso poblacional de 307 pacientes y un aumento de 4 en el número de pacientes diabéticos.

Información de la evolución de los tres indicadores.

1.Resultados relacionados con la determinación de los valores de microalbuminuria:
En Diciembre de 2018 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado la revisión de microalbuminuria en el CS Sagasta-Miraflores fue del 34,37% (384 pacientes de 1117) frente al 41,07% obtenido en el Sector II y el 44,30% en todo Aragón.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0931

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

En el corte realizado en Julio de 2019 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado la revisión de microalbuminuria en el CS Sagasta-Miraflores fue del 40,46% (452 pacientes de 1117) frente al obtenido en el Sector II con un 47,17% (no se extraen datos de Aragón).
El corte realizado en Diciembre de 2019 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado la revisión de microalbuminuria en el CS Sagasta-Miraflores fue del 43,93% (492 pacientes de 1121) frente al 53,34% en el Sector II y el 48,78% en Aragón.

El aumento de la determinación de microalbuminuria en el centro de salud ha sido del 9,56%.

2. Resultados relacionados con los registros de pie diabético:
En Diciembre de 2018 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado la revisión de pie diabético en centro de salud Sagasta-Miraflores fue del 10,48% (117 pacientes de 1117) frente al 16,07% obtenido en el Sector II y al 24,30% en Aragón.
En Julio del 2019 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado la revisión de pie diabético en centro de salud Sagasta-Miraflores fue del 14,16% (158 pacientes de los 1117) frente al 21,37% en el Sector II. Nos obteniendo datos de Aragón.
En Diciembre de 2019 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado la revisión de pie diabético en centro de salud Sagasta-Miraflores fue del 17,36% (195 pacientes de 1121) en el Sector II se obtuvo un 25,07% y en Aragón un 27,94%.

El aumento de la determinación de exploración de pie diabético en nuestro centro de salud ha aumentado un 6,88%

3. Resultados relacionados con los registros de la valoración de riesgo de pie diabético.
En Diciembre de 2018 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado y registrado la valoración de pie diabético en el centro de salud Sagasta-Miraflores fue del 10,48% (riesgo bajo 7,23% 81 pacientes de 117, riesgo moderado 3,25%, 36 pacientes de 117 y riesgo alto 0%)
En Julio de 2019 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado y registrado la valoración de pie diabético en el centro de salud Sagasta-Miraflores fue del 14,16% (158 pacientes de los 1117) en el Sector II un 21,37% (no se extraen datos de aragón).
En Diciembre de 2019 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado y registrado la valoración de pie diabético en el centro de salud Sagasta-Miraflores fue del 17,36% (195 pacientes de 1121), (riesgo bajo 10,71%, 120 pacientes de 195, riesgo moderado 6,65%, 74 pacientes de 195,riesgo alto 0%)

El aumento de los registros y valoracion de riesgo de pie diabético de nuestro centro de salud ha sido del 6,88%

Por la idiosincrasia de la población adscrita al centro y dado que muchos de los pacientes que llegan a nuestra consulta con patología diabética, tienen seguros de medicina privada, los controles de pie diabético y determinaciones de microalbuminuria los hacen en servicios de salud privados.
Dichos pacientes recurren a los servicios públicos, solo para recogida de material.
Debido a la argumentación anteriormente descrita, el registro de controles sale deficitario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo que hemos participado en el proyecto de mejora hemos llegado a la conclusión de que incluir un proyecto de estas características en el acuerdo de gestión es clave para aumentar la seguridad del paciente.
Con dichas medidas aumenta el compromiso del equipo y se es mas consciente de la importancia de fomentar medidas para la prevención secundaria en estos pacientes.
Proporcionando al paciente los recursos necesarios para su autocuidado, conseguimos un aumento de su calidad de vida.

Todo lo descrito anteriormente implica una disminución en el riesgo de ulceras, amputaciones y nefropatias, así como un descenso de la mortalidad por causas cardiovasculares.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/931 ========== ***

Nº de registro: 0931

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0931

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
ARROYO CLEMENTE PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

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

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

PROBLEMA
La determinación de microalbuminuria, La exploración y evaluación del
riesgo del pie diabético.

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar la cobertura de SOLICITUD Y REGISTRO de microalbum
inuria. Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético.

MÉTODO
Creacion de un grupo de proceso del Sector II, con líderes reconocidos, valoración del rediseño del volante de petición del perfil de diabetes, rediseño del circuito de extracciones para segurar la verificación de la presentación de la muestra de orina. Formación en el registro de actividades personales para el personal de nueva imcorporación. Formación y adecuación de las estructuras para el pie diabético.

INDICADORES
Microalbuminuria incremento del 10%
Exploración pie diabetico incremento del 10%
Riesgo de pie diabético incremento del 10%
Monitorización de los indicadores en el Sector y centros con periodicidad cuatrimestral

DURACIÓN
-Enero/Febrero 2019. Constitución del grupo de proceso
-Enero 2019. AMFE (ya realizado)
-Febrero-Mayo: Valoración rediseño de volante, circuitos y formación a los centros implicados. Fomentar el acceso y autoevaluación por parte de los EAP a los indicadores de la Estrategia, a través del Cuadro de Mandos de Diabetes.
-La renovación de doppler/monofilamento, en depende
ncia del plan de necesidades

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 - 2019/0932

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ROSA CASTILLERO CANTERIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERNA FORTEA TERESA
DIAZ RUBIRA MERCEDES
ARROYO CLEMENTE PAZ
AZNAR HEREDIA MARIO
GUARDA VALENZUELA MIRIAM
FERRER AGUILO LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Creación de un grupo de trabajo Sagasta- Miraflores en respuesta a los objetivos planteados considerando la complejidad asistencial del PCC.

-Sesión informativa dirigida a los profesionales en la captación de los PCC animando a la realización de los siguientes actividades a fin de determinar su posible inclusión.
-Valoración integral, aspectos clínicos, funcionales, mentales y sociales del paciente.
- Valoración del cuidador principal.
- Información al paciente/familia.

-Reunión con los trabajadores sustitutos para informar sobre el proyecto de mejora y solicitar su colaboración.

-Recogida de datos.

-Evaluación del proyecto.

-Memoria de seguimiento en Enero 2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La base de datos utilizada para este proyecto es la facilitada por la Dirección de Asistencia Sanitaria en los cortes de Junio y Diciembre 2019.

Cuando al inicio de 2019 planteamos este Proyecto elaboramos unos indicadores con relación a los que desde Asistencia Sanitaria se enviaban en 2018.
Los indicadores con los que contamos en 2019 son solamente los referidos a los PCC con un GMA> 97 por lo que los indicadores del Proyecto 1, 2 y 3 nos vemos en la obligación de fusionarlos en uno solo.
Los indicadores 5 y 6 tampoco se pueden evaluar por no disponer de datos, por lo tanto, vamos a evaluar únicamente en este Proyecto los PCC incluidos en Programa y los Planes de Intervención.

En cuanto a los PCC incluidos en el programa en Junio de 2019 era un 6,80% y en diciembre de 2019 es un 10,05%, con lo que se ha producido un ligero aumento en la inclusión de estos pacientes.

En cuanto al Plan de intervención, en el mes de junio de 2019 era un 16,67% y en el mes de diciembre 19,05% por lo que se observa también un ligero aumento en la realización del plan de intervención en estos pacientes en nuestro centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Analizando los datos vemos que el programa del PCC avanza pero lentamente cada vez son más los profesionales que van incluyendo PCC en el programa aunque estas inclusiones no vayan acompañadas de su correspondiente Plan de intervención como lo demuestran los indicadores.

Desde el equipo de mejora consideramos que las actividades realizadas no son suficientes en relación a los resultados obtenidos. Esperamos que para el próximo año con el apoyo de la Dirección, la colaboración de la Enfermera de enlace para el proyecto PCC y la predisposición de los profesionales de la UCC podamos seguir avanzando en este proyecto y darle continuidad en el 2020.

7. OBSERVACIONES.
Consideramos la importancia tanto de la enfermera como del cuidador principal identificados como indicadores para garantizar la comunicación y continuidad de cuidados de los PCC.

A sí mismo pensamos que la obtención de resultados en salud es un objetivo importante pero también la satisfacción de los usuarios y profesionales que intervienen.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0932

1. TÍTULO

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

Se ha tenido que sustituir en esta memoria de seguimiento, al responsable del proyecto, puesto que la persona que figuraba actualmente está en situación de jubilación.
Además se han añadido otros componentes en el equipo de mejora porque cuando se realizó este proyecto, se estaba pendiente de un proceso de movilidad de personal en el equipo y no se consideró oportuno reflejar a otros integrantes en este grupo de mejora.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/932 ========== ***

Nº de registro: 0932

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

Autores:
JULIAN CAMPOS JUANA MARI

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

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

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

PROBLEMA
Abordaje de la Cronicidad, sustentado en el Programa Paciente Crónico Complejo

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar registro pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99
Incrementarelaboración Planes de Intervención pacientes registrados como PCC.
Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC
Elaborar y estandarizar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en cada EAP.

MÉTODO
Formación de los Referentes del Programa del PCC a nivel de Sector II.
Formación en los EAP del Sector II con todos los profesionales del Equipo. Establecimiento de circuitos asistenciales definidos para el PCC en cada Unidad Clínica.
Visitas de los Profesionales del las UCC a los EAP.
Evaluar y valorar la posibilidad de trasladar la experiencia favorecida por la Gerencia del Sector, iniciada en abril de 2018 en los C.S Almozara y San Pablo, de contar con un recurso de enfermería específico para coordinar el Programa de PCC, a otros Centros de la organización.
Se plantea como primera opción, por sus características, el C.S. Sagasta, con los equipos de Ruiseñores y Miraflores.
Feed-back asistencial semanal de actividad realizada en cada Unidad PCC.

INDICADORES
% PCC > 99 incluidos /PCC > 99 población diana. 30-35%(Diciembre 2018 16%, 426 pacientes/2898).
% Planes Inclusión/Total PCC incluidos en Programa. 65-70% (Diciembre 2018 48%, 363/757).
% PCC 97-99 incluidos/total PCC incluidos. 35-45%.(Diciembre 2018, 30%).
% PCC < 97 incluidos/total PCC incluidos. 20-25%.(Diciembre 2018, 14%).
% PCC con enfermería identificada. 80-90%.
% PCC con familiares-cuidadores identificados. 80-90%.

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

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0932

1. TÍTULO

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

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

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0624

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANGELA MUÑOZ MERCADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDOÑEZ ARCAU ALBERTO
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas durante 2018 por el equipo de mejora han sido:
1). Reunión de equipo en el mes de mayo para recordar a los profesionales del centro los criterios correctos de derivación a consulta monográfica de Tabaco:
1.1 Previo paso por consulta médica o de enfermería para crear el episodio de dependencia de tabaco y pasar el test de Richmond.
1.2 Que tengan un test de Richmond > o igual a 6 para que la motivación sea adecuada.
2). Extracción de datos a final del mes de diciembre de 2019 de OMI-AP, valorando los datos del tercer cuatrimestre del 2019 como muestra, tomando así un muestreo no probabilístico accidental, al igual que años anteriores. Se valorara:
- Nº total de pacientes atendidos.
- Nº total de consultas de primer día.
- Nº total de consultas de seguimiento.
- Nº de pacientes citados que acuden a consulta de primer día y de seguimiento.
- Nº de pacientes bien derivados, es decir, con un Richmond > o igual a 6.
Se estableció este periodo por ser el de mayor estabilidad en cuanto a citaciones en consulta, por verse menos afectado por cuestiones de agenda, vacaciones, sustituciones etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados han sido los siguientes:
1. Sobre un total de 50 pacientes citados, en el periodo analizado utilizado como muestra, 19 de ellos corresponden a consultas de primer día y 31 a consultas de seguimiento.
El total de pacientes que acuden a consulta monográfica de primer día son 16 y de seguimiento 25, lo que supone un total de 42 pacientes que representan un 84% de asistencia utilizando como indicador:
Nº de pacientes que acuden a consulta/Nº total de pacientes citados en consulta x100
Al inicio del proyecto en la evaluación de 2017 este dato era de un 50%, con lo cual, después de 2 años este dato ha mejorado consiguiendo el objetivo planteado al inicio del proyecto.
2. En cuanto a la derivación correcta a esta consulta con un Richmond> o igual a 6, del total de 19 pacientes citados de primer día sólo acuden 16 pacientes, si se tiene en cuenta que, de los 3 pacientes que no acuden uno de ellos se citó a demanda desde admisión y no acudió; con lo cual, no se puede utilizar este dato para valorar la pertinencia de si cumple los criterios de derivación al desconocerse el dato, se desprecia esta cita, quedando un total de 18 citados en consulta de primer día desde las consultas médicas o de enfermería, de los cuales asisten 16 con un Richmon > o igual a 6 y el episodio de dependencia de tabaco creado. Esto supone un 88.89% utilizando el indicador:
Nº de pacientes de primer día que acude a consulta con un Richmond > o igual a 6/ Nº total de pacientes de primer día citados en consulta x 100
Teniendo en cuenta que, al inicio del proyecto este dato suponía un 50%, se considera que el criterio de alcanzar un 100% de derivaciones correctas al inicio del proyecto, no es factible y se da por bueno los resultados alcanzados. Se analizará alguna intervención posterior que se mencionará en las conclusiones.
3. Respecto a las consultas citadas de primer día que no reúnen los criterios de derivación, cabe destacar que, de los 3 pacientes que no acudierosn a consulta uno de ellos estaba correctamente derivado y otro como ya hemos comentado no procedía de las consultas, por tanto la derivación correcta a consulta monográfica de tabaco supone un total de 94.44% utilizando el indicador:
Nº de pacientes citados desde las consultas con un Richmond > o igual a 6/Nº total de pacientes citados desde las consultas x 100
Este indicador, que no se incluyó al inicio del proyecto, resulta apropiado introducirlo en este momento de la evaluación final porque da mas información acerca de la evolución conseguida para alcanzar una buena derivación por parte de los profesionales del equipo a esta consulta monográfica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Las sesiones realizadas para recordar a los profesionales del equipo los criterios de derivación a esta consulta han influido muy positivamente en la consecución de la mejora de los resultados hasta conseguir una asistencia del 84%, que está dentro de los parámetros esperados según los datos de asistencia en las diferentes unidades de deshabituación tabáquica que existen.
2. También ha contribuido a este incremento de la asistencia el haber adaptado, en la medida de lo posible, la accesibilidad a esta consulta en cuanto a horarios de cita a la población fumadora, que en su mayoría tienen una edad < 65 años, y por tanto, es una población mayoritariamente trabajadora, teniendo que adpatar sus horarios a las consultas posteriores de seguimiento, citando pacientes incluso a las 8h de la mañana.
3. Se recordará los años sucesivos mediante mensaje a través de OMI-AP o en reunión de equipo como derivar correctamente a los pacientes, y así se informará a los profesionales que pudieran incorporarse al equipo, al

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0624

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

igual que, se recordará a los ya existentes. Todo ello para conseguir que esta consulta sea mas operativa.

7. OBSERVACIONES.
Como limitaciones cabe destacar que durante el año 2019 y debido a la jubilación de la Dra. Mª Teresa Lambán Sanchez, profesional que formaba parte de la consulta monográfica, esta consulta se ha visto reducida a un dia/dos semanas, en lugar de un dia/semana como se planteo en un inicio, de ahí la disminución de consultas totales este año.
Para este año 2020 y dado que la vareniclina ha pasado a estar financiada, se ha visto aumentada la demora para acceder a esta consulta, por lo que se ha pedido colaboración a otro profesional del equipo para que se incorpore a esta consulta. En estos momentos está pendiente de solucionarse.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/624 ========== ***

Nº de registro: 0624

Título
OPTIMIZACION DEL ACONSULTA MONOGRAFICA TABACO /EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
MUÑOZ MERCADO ANGELA, GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: y los profesionales
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
los Profesionales responsable del programa ha observado una gran variabilidad en las derivaciones ; lo que ha supuesto un fallo de la atención con falta de asistencia a la consulta del hasta menos del 50% de los citados; (no manteniendose los criterios necesarios “Test de Richmond >6”):
para su valoración implicando una perdida de efectividad; llevando mas tiempo de atención, retraso en su inicio e incluso salida-rechazo del programa . Desvirtuando la utilidad del programa.

RESULTADOS ESPERADOS
1.) Mejora la derivación a Consulta Monográfica.
2.) Mejorar la efectividad de la consulta Monográfica

La población Afectada: Son los profesionales sanitarios Médicos y Enfermeras del Centro de salud. Y secundariamente los pacientes fumadores

MÉTODO
çç Realización de Nueva Sesión clínica con todos los profesionales medicina / enfermería implicados ; por la responsable del programa señalando . Las dificultades y los problemas encontrados
çç Ajuste del horario de la consulta horas extremas (primeras y ultima hora de la mañana) para no interferir con el trabajo de los pacientes.

INDICADORES
Método/ Indicadores
1)Porcentaje de pacientes citados que acuden a consulta : Nº de pacientes que acuden a consulta de tabaco / Nº de pacientes citados .
2) Porcentaje de pacientes sin valorar el grado interés en dejar de fumar por el Test Richmond.: Nº de pacientes con test de Richmon >6/ Nº pacientes derivados a consulta.

Al cabo del año en la nueva evaluación se consiga que esta consulta sea mas efectiva y obtener los beneficios sanitarios por lo que ha sido creada.
1) Que acudan a las consultas el 70-80 % de los citados.
2) Que el 100% de los pacientes que se citen tengan realizado el Test de Richmond .

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0624

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

Se iniciara en el mes de Abril;
Sesión Clínica Mayo:
Realización de ajuste de Horario ; Junio.
Evaluación Final Terminara en Diciembre.

OBSERVACIONES
La consulta especifica tabaco/ EPOC se ha inicado este año en el Centro de salud siendo muy valorada por todo el equipo, pero como hemos señalado mal aprovechada por la mala gestion en derivacion de los profesionales, creemos que estas correcciones mejore su eficiencia

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 - 2018/0634

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD 2019,CONTINUQACION 2018INCORPORACION DELPROGRAMA BOOKCROSIN (FUNDACION EL TRANVIA)

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MANUEL CUBERO PABLO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO FERNANDEZ LAURA
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
BRUN SOTERAS CARMEN
CABELLO TERUEL CARMEN
BERGES MATA PAULA
MAGAÑA BALANZA SARA
CARRION AMBRONA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Proyecto continuacion iniciado en 2018, iniciada en octubre y contunuo sindo valorada en diciembre de 2019,afecta a la poblacion de nuesta Zona de salud, El objetivo crear un ambiente de silencioy mejora dela actitud e los pacientes en las salas de espera y favorecer la lectura, tras la 1º valoraciona finales de 2018 se aprecio la necesidad de aumentar su conocimiento conla colocacion de carteles, y la solicitud de ayuda a los comunidad enla gestion del **Se reviso por los profesionales responsables en el mes de marzo y se valoraron los resultados obtenidos
**Se mantuvieron y ampliaron la recogida de libros Nuevos,su Registro en el Programa de forma continua por los profesionales responsables y (en horario sin presión asistencial dentro del horario Laboral) sobre todo los colaboradores de la comunidad,con apoyo de la actividad en horario de los jueves de 10-13h
**La exposición de carteles informativos en todas las plantas del CS.
** Realización de consultas en forma de test de conocimiento y satisfacción de las personas que acudieron al CS en dos dias de forma aleatoria y sobre el manejo delos libros

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se encuestaron 27 personas 6 niños y 21 adultos;
En Pediatria conocen el100% de los encuestados y los utilizan.
##En elresto de las consultas :
**El 85% conocen las Estanterías de libros (mejoría del 35%,del año anterior)
-El 85% ha visto los Carteles informativos; solo el 22% los ha utilizado.
El 67% si sabe que puede llevarlos a casa y/o traer libros.
**El 92% Cree que es beneficios para las personas y para el Centro de salud (Objetivo de mejora del 75%), mejora la tranquilidad en la sala de espera y el silencio.
En el último control: persistían 12 libros en las estanterías de Pediatría y 120 en la general del CS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tas el proyecto asistencial de 2 años de duracion,comparandolos resultados con el año anterior,conlos nuevos objetivos propuestos llegamos a la conclusion, de que :la lectura y el tener libros en la sala de espera ha demostrado ser beneficioso en laimpresion de diminuir el ruido y elgrado de satisfacción,
este proceso se mantendra pero nosera evaluado.
Los recursos empleados Hemos necesitado elapoyo de los servicios informaticos,para dar claves de acceso a Internet a los voluntarios que nos han ayudado.
Y la colocación de cartelria informativa en las salas

7. OBSERVACIONES.
Al ser un Proyecto dinamico con una duracion de dosaños, almismo se han ido incorporando dospersonas nuevas: Paula Berges Mata y
Carmen Cabello teruel
y debemso agradecer la colaboaracion desintersada en el trabajo de voluntarios de la Asociación de vecinos del Parque Bruil San Agustin

*** ========== Resumen del proyecto 2018/634 ========== ***

Nº de registro: 0634

Título
INCORPORACION AL C. S. REBOLERIA DEL PROGRAMA BOOKCROSSING DE LA “FUNDACION EL TRANVIA”

Autores:
CUBERO PABLO MANUEL, ROMERO FERNANDEZ LAURA, GARCIA GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0634

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD 2019,CONTINUQACION 2018INCORPORACION DELPROGRAMA BOOKCROSIN (FUNDACION EL TRANVIA)

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: manejo de silencios en sala de espera
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: calidad en atencion

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

PROBLEMA
Ante la puesta en marcha en el CS Las Fuentes de este programa y dentro de las Actividades de la Atención en la comunidad hemos propuesto la puesta en marcha en Nuestro Centro de este programa, para favorecer la lectura de toda la población que acude a nuestro Centro y debido a que,aveces,la espera no es corta, creemos una buena iniciativa de promover esta actividad que le sirva para la mejor atención.
Nos conecta sobre todo con la población infanto-juvenil por lo que tendremos reuniones con el consejo Docente del colegio de la Zona .
Con los adultos, que habitualmente acuden a nuestro Centro

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el ambiente de silencio y Aptitud de los pacientes en la sala de espera;.
la puesta en marcha en Nuestro Centro de este programa, para favorecer la lectura de toda la población que acude a nuestro Centro y debido a que,aveces,la espera no es corta, creemos una buena iniciativa de promover esta actividad que le sirva para la mejor atención.
Nos conecta sobre todo con la población infanto-juvenil por lo que tendremos reuniones con el consejo Docente del colegio de la Zona .
Con los adultos, que habitualmente acuden a nuestro Centro

MÉTODO
**Ponernos en contacto del responsable con los profesionales del CS las Fuentes que ya lo realizan;
** Con los profesionales del Centro de Salud en mes de Septiembre 2018
**Con el" grupo de El Tranvia" que no explique la metodología; Mes de Octubre-
**Con los Colegios explicando donde lo realizamos y como se va a proceder . Mes de Septiembre-Octubre
** Colocación de Estanterías en Pediatría y en la entrada del C de S. Mes deJunio
**Colocación de Carteles informativos : Mes de Septiembre -octubre
**Creación de Programa: fichero y gestión de libros .Mes de Octubre
** Solicitud de libros. Mes de Mayo

INDICADORES
Evaluación y Resultados Al finalizar el año y continua el próximo año.

** Grado de satisfacción de los usuarios con una Encuesta sencillo que se realizara indicando :
** Si conoce este servicio y si les parece adecuado ; Objetivo ;conocimiento del 75% de los encuestados
**Nº de libros que se han solicitado .20 o más
**Nº de libros que quedan en los estantes.. No menos de 10
**Satisfacción del Usuario que conoce este servicio ; en relación con mejoría del Silencio en la Sala de espera

Objetivo 75% Buena / Muy Buena

Valoración para el seguimiento como se ha propuesto y las mejoras que se deben incorporar en el próximo año.

DURACIÓN
Se inicara este año en Septiembre -Octubre:
* Contactos con los profesionales del Centro ;
* Con el Grupo "el Tranvia " para la implantacion del metodo y los materiales necesarios.
*Con los Colegios de la zona .
*Creación programa Fichero .
*Colocacion Carteles
y Continuara otro año 2019

OBSERVACIONES
Este es un proyecto a largo plazo y necesita varios años . Además intervienen muchos profesionales y factores aveces dificiles de coordinar,
Pero creemos que los beneficios lo merecen.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0634

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD 2019,CONTINUQACION 2018INCORPORACION DELPROGRAMA BOOKCROSIN (FUNDACION EL TRANVIA)

```
-----------------------------------------------------------------------------
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 - 2019/0232

1. TÍTULO

ESCUELA DE CRIANZA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MALLADA VIANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PLAZA CARDENETE RAQUEL
CACERES CALLEJA OLGA
GARCIA GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad consiste en sesiones presenciales para familias. Se ofertan en las clases de preparación al parto y en las consultas de pediatría. El horario es los viernes de 9,30 a11,30 horas.
Los temas han sido elegidos por las personas que acuden al grupo, según sus necesidades. Es un grupo abierto que entra y sale gente, repitiéndose algunos temas importantes en la crianza.
Los temas tratados han sido por parte de la matrona: Anticoncepción después del embarazo, Sexualidad en el postparto. Mastitis y grietas en la mama lactante. Rol del padre. Citología y mamografías. Masaje infantil. Resolver todo tipo de dudas sobre la nueva situación de la pareja con su recién nacido.
Por parte de la pediatra. Cólico del lactante, primeros auxilios y prevención de accidentes, fiebre, mocos, tos, vacunas, educación afectivo-sexual en la familia, incorporación de la madre al trabajo, guardería, el sueño infantil, sistemas de retención infantil y porteo, verano: sol, piscina, playa, mosquitos.
Con la colaboración de los Servicios Sociales de la Magdalena hicimos dos jornadas de 4 charlas cada una en la que vinieron personas de origen magrebí y gitano. Las jornadas fueron en abril de alimentación y en junio de educación y limites en la familia. Se invitó a estas personas a que siguieran viniendo al grupo.
La Fundación Secretariado Gitano se puso en contacto con nosotras para trabajar el tema de la alimentación y durante un mes, vinieron al Centro de Salud al Grupo de Crianza.
Entre los temas tratados hay una charla abierta al público en general, que se publicita en el centro de salud sobre alimentación. “¿Como nos engañan con la publicidad alimentaria? Leer etiquetas.” Se ha impartido dos veces en mayo y septiembre de 2019.
De marzo a diciembre de 2019 se han impartido 44 charlas.
La media de asistencia es de 7 personas por sesión. Acuden mayoritariamente madres, aunque este año hemos tenido varios padres y algún abuelo.
El calendario de las sesiones lo ponemos en la puerta de la sala multiusos del centro que está al lado de pediatría. Las familias pueden consultar la programación.
Enviamos al Centro Municipal de Servicios Sociales de la Magdalena la programación mensualmente.
En alguna de las sesiones al finalizar repartimos información por escrito sobre el tema tratado y recursos en internet. Damos visibilidad a toda la información que se ofrece desde la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria a través de todas sus publicaciones.
Para la sesión “ ¿Como nos engañan con la publicidad alimentaria? Leer etiquetas “nos apoyamos en un presentación de power point.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han pasado dos encuestas a los participantes en junio y en noviembre de 2019. El indice de satisfacción es del 99%. Valoran positivamente lo que aprenden porque lo ven útil y creen que les ayuda en la crianza de sus hijos. Ven positivo juntarse con otros padres que están viviendo la misma experiencia.

El Centro Municipal de Servicios Sociales Magdalena valoran como muy positiva y enriquecedora la posibilidad de asistir con las familias de nuestro grupo "+ QUE MAMÁS" a las charlas realizadas en el Centro de Salud.. Este espacio les posibilita participar en una actividad comunitaria normalizada, encontrarse con otras madres con las que no hubiesen coincidido en otros espacios, conocer el centro des salud y sentirse parte de la comunidad desde una perspectiva más cercana y menos vinculada a la enfermedad así como abordad aspectos relacionados con la alimentación y la parentalidad en positivo que son fundamentales para una buena crianza.
Resaltan la capacidad de acogida y cercanía de los profesionales del Centro de Salud.

La Fundación Secretariado Gitano valora positivamente el acudir a un grupo abierto a aprender sobre alimentación y educación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es un grupo de apoyo y como tal cumple con su función de dar soporte a las familias en este nueva etapa. Es un espacio para compartir miedos, dudas, alegrias, preocupaciones con otras personas que están viviendo lo mismo, disminuyendo el nivel de preocupaciñon.
Creemos que con este proyecto conseguimos una mejor utilización de los recursos sanitarios y menor frecuentación a los servicios de urgencias. En las charlas damos herramientas para que la familia pueda tomar mejores decisiones en cuanto a la salud de sus hijos.
Mi sensacion subjetiva como pediatra es que en la consulta hay disminución de demanda por consultas banales que se resuelven en el grupo.

7. OBSERVACIONES.
En mayo de 2019 con motivo del traslado de matronas, se incorporó Raquel Plaza Cardenete, como nueva matrona del Centro de Salud. Su labor es fundamental en el grupo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0232

1. TÍTULO

ESCUELA DE CRIANZA

Dados los buenos resultados y satisfacción por todas las partes seguiremos trabajando en este proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/232 ========== ***

Nº de registro: 0232

Título
ESCUELA DE CRIANZA

Autores:
MALLADA VIANA MARIA PILAR, CACERES ESPADA AMELIA TERESA, CACERES CALLEJA OLGA, GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EDUCACION ALIMENTARIA PARA LA SALUD
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: MEJORA LA ALIMENTACION DE POBLACION JOVEN Y GRUPOS ESPECIFICOS Y MEJORAR EN SALUD

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

PROBLEMA
Después de 2 años del programa de" Alimentación y apoyo a la crianza"
Se aprecia la necesidad de abrir el programa a personas externas a la crianza, Colegios, Comunidades especificas(magrebi, gitano, etc) que pueden necesitar de la información para ayudar al desarrollo adecuado de los pacientes y evitar los problemas entre otros de obesidad infanto-juvenil y su repercusión en la vida adulta adquiriendo conocimientos de vida y alimentación saludable .

RESULTADOS ESPERADOS
&)Mejora de los conocimientos de los individuos adultos jóvenes para hacerse responsables de su alimentación y de su desarrollo,
&) Señalar los errores que se aprecian, clarificarlos ; valorar los riesgos de actitudes que llevan a enfermedad y de las informaciones falsas que pueden tener de Internet …etc
&) Dar soporte emocional a los responsables que intentan educar.

MÉTODO
ç) Desarrollo De las Sesiones Seleccionadas y Ampliadas del Programa anterior " alimentación y apoyo a la crianza",
ç) Programación de un calendario .
ç) Comunicación Centro Municipal de Servicios Sociales " La Madalena" (para difundir a los grupos especiales); Colegios,Institutos de la zona que acudan a estas sesiones.
ç) Realización de las Sesiones por el responsable y colaboradores ;Y generar un tiempo de dialogo para compartir dudas y preguntas.
ç) Propuestas de nuevas pautas y acciones de mejora, por todos los implicados

INDICADORES
$$) Los profesionales implicados desarrollaran y expondrán los temas a desarrollar,
$$)Elaborarán una encuesta para valoración de de los beneficios obtenidos : Nº de personas que contestan adecuadamente test/ nº de personas encuestadas => del 75%.
$$Valoración de la satisfacción. Nº de personas que señalan las sesiones como Buenas / muy buenas / Nº de personas totales que contestan => 85%
$$ Valoración de la satisfacción de los Servicios Sociales y Educativos, implicados conjuntamente de la actividad realizada. Buen / Muy Buena => 75%.

DURACIÓN
Las sesiones se desarrollaran en horario de 9:30 -11:30 los viernes iniciando en Marzo, durante 2019.
Control cada cuatrimestre pasando un test de satisfaccion

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0232

1. TÍTULO

ESCUELA DE CRIANZA

```
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 - 2019/0366

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS EN EL C. S. REBOLERÍA

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... GLORIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
MUÑOZ MERCADO ANGELA
SIMON FELIUS ALICIA
BOSQUE MORENO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 4 reuniones en el EAP (marzo-junio- septiembre-diciembre 2019) para:
1) exponer el proyecto y recordar la frecuencia de estudio de los diferentes indicadores, así como recordar el manejo del cuadro de Mandos de DM
2, 3 y 4) exponer la evolución del proyecto con un corte en junio, septiembre y diciembre exponiendo en esta última las conclusiones y las posibles actuaciones de mejora-

En la primera sesión se pasó una encuesta de satisfacción sobre la atención al paciente diabético que se hacía en dicho momento y otra que valoraba el conocimiento acerca de la frecuencia con la que se deberían realizar las exploraciones complementarias y los distintos indicadores en el seguimiento de la enfermedad. En ese momento, se entrega material por escrito que sirva como recordatorio y como apoyo rápido en la consulta y ayude a mejorar el registro de los indicadores y la atención del diabético.
En cada sesión se han expuesto los datos obtenidos de los indicadores en estudio tanto del Centro de Salud como los globales del Sector 2, para ver la evolución y los posibles dificultades que van surgiendo. Así mismo, se hace en cada sesión un recordatorio del manejo del cuadro de mandos de DM.
En la última sesión se vuelve a pasar la encuesta de satisfacción a los profesionales.
La obtención de los datos en los 4 cortes: enero, junio, septiembre y diciembre 2019 se ha realizado con los datos del Cuadro de mandos de DM y con de los datos facilitados por la Dirección del Sector 2 para poder realizar la comparación con el sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1) Hemos aumentado el registro de todos los indicadores estudiados (HbA1C, Fondo de ojo, Microalbuminuria, Filtrado glomerular, pie diabético)aunque sin alcanzar el objetivo propuesto (30%) (en la evaluación, hemos visto que era demasiado ambicioso).
2) Los motivos de la falta de registro se detectaron con la encuesta inicial:
- Falta de conocimiento de la frecuencia a realizar de algunos de los indicadores.
- Escaso manejo del cuadro de mandos de DM

Mejorando la formación, han mejorado el registro como se indica en el siguiente como punto.
3) Según el orden de mejoría de los indicadores son:
- Pie diabético: se ha alcanzado un aumento del 26% (partíamos de un registro del 16%, total registrado: 42%)
- Fondo de ojo: se ha aumentado en un 20,95% (del 37,3% al 58,2%).
- Microalbuminuria: mejora en 15,95% (del 42% al 58%)
- HbA1C: aumenta en 7,3% (de un 38,5% a un 45,8%).
- GRF: se registra un 69%, por lo que sólo aumenta un 4,2% ya que se parte de un elevado registro al inicio (64,8%)

4) En la encuesta final de satisfacción, ésta ha aumentado hasta el 87,2% (desde un 67,8% inicial)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Necesidad de sesiones de formación continuada en el buen manejo del paciente diabético.
- Necesidad de sesiones periódicas a cerca del manejo de OMI para realizar un buen registro.
- Interiorizar en la práctica habitual el registro de los datos, en sus lugares específicos para que consten correctamente en OMI.
- El registro de la HbA1C resulta una necesidad no sentida entre los profesionales para pacientes mayores (en especial, en inmovilizados) por lo que puede influir en el infrarregistro de dicho indicador.
- Escasos equipos de material en las consultas de enfermería para realizar la evaluación del pie diabético.

En este proyecto no estaba como objetivo mejorar la prevalencia de la enfermedad pero hay que resaltar que, tanto en nuestro equipo como en el global del Sector 2, es baja (6,5%) y resulta imprescindible aumentarla por lo que creemos que es imprescindible incluirlo como indicador de mejora para aumentarla, puesto que de esta manera la población de diabéticos estaría más representada y mejor atendida.
Hemos sido demasiado ambiciosos en el porcentaje de mejora que, al inicio, nos hemos puesto en el proyecto (30%), de hecho nuestro proyecto coincide con otro muy similar del Sector 2 que propone un porcentaje de mejoría más adecuado (10%).
La satisfacción ha sido unánime y ha ido incrementando a lo largo del proyecto porque mejora la formación continua de los profesionales y la atención al paciente. Creemos que se debe seguir en esta línea.
En el caso de la HbA1C, podría ayudar la existencia en las consultas de un reflectómetro que también podría usarse en los pacientes domiciliarios. Con toda seguridad, ésto, aumentaría el registro y ahorraría la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0366

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS EN EL C. S. REBOLERÍA

petición de otros parámetros, a veces innecesarios pero que se piden “aprovechando esa extracción” y por tanto el gasto correspondiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/366 ========== ***

Nº de registro: 0366

Título
MEJORA DE LA GESTION DEL PROGRAMA DE DIABTES EN EL C.S. REBOLERIA

Autores:
NAVARRO AZNAREZ GLORIA, GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN, MUÑOZ MERCADO ANGELA, SIMON FELIUS ALICIA, BOSQUE MORENO ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

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: mejora a ctividad y satisfaccion en losprofesionales y enelpacinete diabetico
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro del contrato de programa del 2019, esta el “Programa de diabetes “ Se ha observado el registro deficiente del programa. Realizamos varias actividades que no quedan registrados lo que da inestabilidad en el control del paciente.
Para mejorar esta situación los responsable señalados valoraran, si estas actividades no se realiza y si se hace por que no se registra adecuadamente .

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo es para mejorar en las gestión de indicadores y consecuentemente la atención a estos pacientes con la consiguiente satisfacción de la población y de los profesionales .
Las actividades a observar seran:
*Hemoglobina glicosilada .
*Evaluación del pie diabetico …
*Filtrado Glomerular.
*Microalbuminuria.
*Fondo de ojo

MÉTODO
1º) Valoración por los responsables del programa de P del diabetico de salud del 2018, del estado actual del programa de diabetes, con los indicadores de pie diabetico, filtrado glomerular, Microalbuminuria, HbA1c, y fondo de ojo
2º) Observación de los fallos e impedimentos que llevan a esta registro.
3º) Realización de sesiones por los profesionales responsables; para todo el centro de salud ;en donde se explique de nuevo el programa y los fallos que hayan aparecido en la 1º evaluación .
4º) realización al final de año de nuevo registro del programa y valorar la mejora realizada.
5º)pasar encuesta de satisfacción para los profesionales

INDICADORES
$Mejorar en la realización de los indicadores de control del paciente diabético en un 30%. midiendo el nº de actividades realizadas / nº de actividades totales que se deben realizar en los diferentes puntos
*Hemoglobina glicosilada .
*Evaluación del pie diabetico …
*Filtrado Glomerular.
*Microalbuminuria.
*Fondo de ojo
$Aumentar la satisfacción de los profesionales comprobando el buen hacer por la encuesta de satisfaccion Satisfaccion con los resultados Buena Muy buena en un 70%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0366

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS EN EL C. S. REBOLERÍA

DURACIÓN
Valoracion inicial en Marzo-Abril ; Reunion y Sesion .del cuadro de mandos del P de diabets a medico y enfermeras Mayo, y Valuacion final y resultados en Diciembre 2019 y 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 - 2019/1186

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP REBOLERIA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... TERESA ZAPATA ABAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LIZANDRA FRON VICENTE
MURILLO MEDEL CARMEN
NAVARRO AZNAREZ GLORIA
CASTILLO LUEÑA CONCEPCION
GARCIA RUIZ MARIA TERESA
UBALDE SANZ JESUS
MARTINEZ GRACIA MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.
El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.
Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de amoxicilina-clavulanico, quinolonas, cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno y ceftibuteno) y macrólidos. Evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.
Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de estos.
En el equipo de atención primaria de Reboleria, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:
1. Sesiones formativas:
-El responsable de antibióticos del EAP, Vicente Lizandra, ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019
-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP, ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
• Abordaje de infecciones respiratorias: fecha 28/03/2019
• Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha 10/07/2019
En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se han recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
También se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas y por último ee ha reforzado y trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.
-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, posibilitando la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.

2. Revisión de casos clínicos
En estas sesiones formativas hemos reforzado y recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.
- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3º generación, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos repasado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción y hemos reforzado los conceptos aprendidos en las sesiones impartidas en el equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1186

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP REBOLERIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos
En el EAP hemos dado 2 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.
El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.
2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
• En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.
En cuanto a resultados:
o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitantes días) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 9,9 lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre) de 0,78.
o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación/macrólidos/quinolonas/amoxicilina-clavulanico.
En diciembre de 2018 el valor era: 28,4% siendo en diciembre de 2019 de 38,5%.
% envases amoxicilina/total envases amoxicilina-clavulanico: 62,9%.
% envases macrólidos/total envases antibióticos: 18,2%
% DDDs quinolonas/total DDDS antibíoticos: 8,70%
% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos: 3%
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque no hay descenso y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.
3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
• El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas de 3ª generación/macrólidos/quinolonas/amoxicilina-clavulanico de forma considerable.
• A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información:
• Acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas de 3ª generación / macrólidos / quinolonas /amoxicilina-clavulanico en procesos infecciosos de vías respiratorias y vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron del 60,66% y 20,85% respectivamente.
• En el año 2019 el % uso de cefalosporinas de 3ª generación / macrólidos / quinolonas /amoxicilina-clavulanico en procesos infecciosos de vías respiratorias y vías urinarias ha sido del 45,96% y 29,19% respectivamente.
Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en los procesos infecciosos de vías respiratorias, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las mas adecuadas
• Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos los niveles de la atención sanitaria los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.
Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.
Por tanto, la estrategia planteada en este proyecto se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1186

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP REBOLERIA

la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.
1) Tras analizar los datos de nuestro equipo hemos visto que no hemos conseguido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en los procesos infecciosos de vías urinarias, por lo que el equipo ha decidido continuar con el proyecto durante el 2020 a fin de conseguir los dos objetivos inicialmente propuestos.
2) Por motivo de una IT larga, se ha cambiado el responsable de antibióticos, pasando a ser en la actualidad la doctora Gloria Navarro.
3) Con motivo del último concurso de traslado de atención primaria la doctora Concepción Castillo ya no pertenece al equipo de Reboleria y la responsable de la revisión de los casos clínicos será la doctora Mª Teresa Zapata

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1186 ========== ***

Nº de registro: 1186

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP REBOLERIA

Autores:
ZAPATA ABAD MARIA TERESA, LIZANDRA FRON VICENTE, MURILLO MEDEL CARMEN, NAVARRO AZNAREZ GLORIA, CASTILLO LUEÑA CONCEPCION, GARCIA RUIZ MARIA TERESA, UBALDE SAIN JESUS, MARTINEZ GRACIA MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.
La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).
Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP REBOLERÍA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos que en el año 2018 supuso en el equipo el 3,0 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Sector Zaragoza II: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS
1) Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
2) Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
3) Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1186

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP REBOLERIA

MÉTODO
1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio
y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.
Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES
1)Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
2) Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clinico
Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
3) Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
-Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 3,0 %
Objetivo 2019: =2,0%
4) Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
- % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 60,66 %
Objetivo 2019: Disminuir
- % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 20,85 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN
- Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario. Responsable Vicente Lizandra Fron
- Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo. Responsable Conchita Castillo Lueña
- Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018. Responsable Mª Teresa Zapata Abad

OBSERVACIONES
Agradecemos a la unidad de farmacia del sector 2 su ayuda en la identificación de los pacientes

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 - 2019/1461

1. TÍTULO

RECOMENDACION FORMALIZADA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DIRIGIDA A ANCIANOS CON SEDENTARISMO, AISLAMIENTO SOCIAL Y/O TRISTEZA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL ECHEVERRI OYAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BRUN SOTERAS CARMEN
CARRION AMBRONA SARA
GARCIA GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
ARIZON DEZA MARIA PILAR
ZAPATA ABAD TERESA
TORRES GARCIA MARIA TERESA
ROMERO FERNANDEZ LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Septiembre 2018. Formación de la responsable del Grupo de Comunitaria del CS en “Recomendaciones de Activos para la Salud” (Laura Romero).
2. Octubre 2018. Sesión formativa a los componentes del Grupo de Comunitaria del CS (Laura Romero y Ana Isabel Echeverri).
3. Octubre 2018. Se expone el Proyecto a todo el Equipo del CS incluyendo Admisión y Trabajadora Social. Tras exponerlo, se acuerda por mayoría implantar el mencionado Proyecto (Laura Romero y Ana Isabel Echeverri).
4. Enero 2019. Reunión de dos responsables del Grupo de Comunitaria con el Director del Centro Social de Mayores del barrio, dependiente del Ayuntamiento, para concretar el Proyecto (Carmen Brun y Laura Romero).
5. Febrero 2019. Reunión del Equipo del CS con el Director del Centro de Mayores para dar a conocer dicho Centro, explicar todos los recursos que tiene y definir los perfiles de los Mayores que les vamos a derivar. Se acuerda en esa reunión el derivar en el primer año menos de 20 personas. El Proyecto será de dos años pero el Director del Centro de Mayores nos pide ir “poco a poco” para no saturar bruscamente las actividades que en ese momento pueden ofertar. Se acuerda iniciar de esa forma y reunirnos después de un año para con esta experiencia poder aumentar las derivaciones en el segundo año. (Carmen Brun Y Pilar Arizón).
6. Marzo 2019. Reunión del grupo de Comunitaria para definir los criterios de Evaluación del Proyecto (Pilar Arizón).
7. Marzo 2019. Comenzamos a derivar desde OMI a las personas del perfil indicado (Pilar Arizón).
8. Marzo 2020. Nueva reunión con la Dirección del Centro de Mayores para ampliar la oferta (Pilar Arizón y Laura Romero).
Hemos repartido dosier informativo para los profesionales sanitarios, para que supiesen derivar desde OMI, dejando el registro de la derivación en la historia clinica del paciente. Se han dado dos sesiones para repasar el proyecto y en el Centro de Mayores les han realizado entrevista a los pacientes derivados, teniendo en cuenta la información recibida por nosotros, y les han dado información pormenorizada de las actividades que les recomendaban según sus circusntancias personales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A. Hemos enviado Al CENTRO DE MAYORES con RECOMENDACION FORMALIZADA, explicando la causa de la derivación y dejando REGISTRO en OMI a 16 personas (de Marzo 19 a Diciembre 2019). B. de ellas 5 están actualmente acudiendo regularmente a ACTIVIDADES en el Centro de Mayores (31%) .C. Estas 5 personas: 3 manifiestan estar " satisfechas y con deseos de continuar" (mas del 50% de de grado de satisfación superior a 4 en escala de 1 a 5) D. Tambien, según los registros de OMI, los profesionales describen " mejoría subjetiva" en 2 pacientes de estos 5 que acuden regularmente (menos del 50 % de satisfación superior a 4 en escala de 1 a %) . Estos datos quedan registrados en OMI, así como la DERIVACION FORMALIZADA A ACTIVOS DE SALUD, o " prescripción comunitaria" Podemos resumir que de los cuatro indicadores que teniamos como objetivo A. Número de derivación (entre 20 y 30) hemos tenido 16; B. Grado de asistencia regular (mas del 50%) hemos obtenido 31%, C. Grado se satisfación del paciente (mas del 50%) hemos obtenido 60% y grado de mejoria valorada por profesional (mas del 50%), hemos obtenido el 40 %. Solo hemos alganzado el objetivo C.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este Proyecto comenzamos a derivar en Marzo 2019 y hemos contabilizado solo hasta Diciembre 2019 (no ha llegado al año de implementación). Además ha habido nuevas incorporaciones al equipo, por los concursos de traslado. Y vacaciones de verano entre medias. Tambien, al poco tiempo de comenzar a derivar, la Directora del centro de mayores que gestionaba el programa cayó enferma y sigue de IT. Por elllo, no hemos tenido sufiente tiempo para trabajarlo y es la causa de que solo estén acudiendo 5 personas de las 16 a les que se le dió la recomendación.No hemos llegado a al 50 % que teniamos marcado como objetivo para el primer año. Pero a pesar de las dificultades estamos satisfechos del inicio del Proyecto, que seguiremos trabajando. De las 16 personas, que derivamos, 9 de ellas tuvieron la " entrevista de acogida " en el Centro de Mayores, y " se lo están pensando " por lo que consideramos que en breve podrían beneficierse mas personas de este Proyecto. La relación con la dirección del Centro de Mayores ha resultado positiva . La Directora acudió a una reunión para informar a todo el equpo del Centro de Salud sobre el Centro de Mayores, el perfil de personas que derberiamos derivar, cuántas personas derivar el primer año, y como realizaria ella la entrevista motivadora. Por ello podemos decir, que el Proceso de Coordinacion con la entidad colaboradora ha sido bueno y que continuamos en el objetico de promover el enve jecimiento saludable y activo de nuestros pacientes, intentando desmedicalizar sus cuidados y utilizando de forma formalizada los recursos de salud existentes en le barrio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1461

1. TÍTULO

RECOMENDACION FORMALIZADA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DIRIGIDA A ANCIANOS CON SEDENTARISMO, AISLAMIENTO SOCIAL Y/O TRISTEZA

7. OBSERVACIONES.
La coordinadora de este Proyecto están enferma (IT) por lo que la sustituye Laura Romero Fernández mientras siga en proceso de IT

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1461 ========== ***

Nº de registro: 1461

Título
RECOMENDACION FORMALIZADA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DIRIGIDA A ANCIANOS CON SEDENTARISMO, AISLAMIENTO SOCIAL Y/O TRISTEZA

Autores:
ECHEVERRI OYAGA ANA ISABEL, BRUN SOTERAS CARMEN, CARRION AMBRONA SARA, GARCIA GUTIERREZ CARMEN, ARIZON DEZA MARIA PILAR, ZAPATA ABAD MARIA TERESA, TORRES GARCIA MARIA TERESA, ROMERO FERNANDEZ LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Depresión , ansiedad, sedentarismo
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los Centros Municipales de Convivencia para Personas Mayores pretenden ser espacio de encuentro para los Mayores,impulsando la apertura del colectivo hacia su entorno personal y social. Para ello, ofrecen servicios y actividades de carácter formativo, actividades de ocio,de participación social y voluntariado. Estos centros pueden ser activos para la salud.

RESULTADOS ESPERADOS
-Promover el envejecimiento activo.
-Mejorar el bienestar físico y emocional y evitar el aislamiento social.
-Reducir el proceso de medicalización frente a situaciones de la vida cotidiana.
-Facilitar la recomendación de activos para la salud desde el EAP.
-Facilitar la coordinación entre AP y los servicios para personas mayores.
Está dirigido a las personas > de 60 años jubiladas o pensionistas, con autonomía, que presentan condiciones de salud crónicas y con las siguientes características:
- Personas en las que haya que potenciar la actividad física, habilidades cognitivas, psicologicas o sociales.
- Personas con nivel alto de sedentarismo sin limitación funcional.
- Personas con bajo estado emocional sin enfermedad mental grave.
-Personas en situación de aislamiento o que han tenido una pérdida de familiares directos.

MÉTODO
La recomendación se activos comunitarios se realizará por los profesionales sanitarios y sociales del EAP mediante la entrevista clínica motivacional a personas que cumplan al menos uno de los anteriores criterios:
(Es importante diferenciar la recomendación general que se viene haciendo desde los C.S desde hace años a los pacientes para que se inscriban, si lo creen conveniente, en actividades que promuevan la actividad física y el bienestar personal y social, de la recomendación más formal de activos comunitarios que en este texto se describe. Es en este segundo caso, cuando se utilizará el protocolo de Recomendación de activos habilitado para tal caso en OMI-AP.) Se creará el "episodio" que corresponda en la historia clínica de OMI ("sentimiento de soledad", "viudedad", "muerte miembro familiar", "aislamiento social", etc) desde el desplegable de " protocolos se clica en "recomendaciones de activos de la salud" y desde allí se imprime para entregar al paciente dos documentos: Una receta de prescripción de activos indicando la necesidad (promoción de la salud física, psicológica o social) y una hoja de información (dirección, teléfono, horario de atención, persona de contacto y mapa de google con la localización)

INDICADORES
Evaluación ANUAL
INDICADORES:
A. NUMERO DE PERSONAS DERIVADAS desde el C.S Rebolería al Centro Social (dato directo de médicos y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1461

1. TÍTULO

RECOMENDACION FORMALIZADA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DIRIGIDA A ANCIANOS CON SEDENTARISMO, AISLAMIENTO SOCIAL Y/O TRISTEZA

enfermeros):entre 20 y 30 .
B. GRADO DE ASISTENCIA (OMI).>50% de las personas derivadas acudan de forma"REGULAR"
C. GRADO DE SATISFACCION DEL PACIENTE (OMI). En una escala de 1 a 5, un 50% >4.
D. VALORACIÓN GRADO MEJORIA DEL PROFESIONAL (OMI): En una escala del 1 al 5, un 50% de las personas derivadas, consigan una puntuación >4, de mejoría subjetiva por parte del profesional.

DURACIÓN
1. Septiembre 2018. Formación de la responsable del grupo de Comunitaria del C.S en Recomendaciones de Activos de Salud(Laura Romero)
2. Octubre 2018. Sesión formativa a los componentes del Grupo de Comunitaria. (Laura Romero, Ana Isabel Echeverri)
3 Se expone el Proyecto a todo el Equipo del C.S incluyendo Admisión y Trabajo Socal. Tras la exposición, se acuerda por mayoría implantar el proyecto. Laura Romero, Ana Isabel Echeverri).
4. Enero 2019. Reunión de dos responsables del grupo de Comunitaria con el Director del Centro Social de Mayores del barrio,dependiente del Ayuntamiento.(Carmen Brun,Laura Romero)
5. Febrero 2019. Reunión del Equipo del C.S con el Director del Centro de Mayores para darlo a conocer,y definir los perfiles de las personas a enviar. Se consolida el acuerdo con todos los miembros del Centro de Salud. Se acuerda derivar en el primer año, menos de 20 personas, por ser un programa piloto(aproximadamente una por profesional).Al año de su implantación nos reuniremos con Dirección del Centro de Mayores para poder ampliar la oferta.(Carmen Brun, Ana Isabel Echeverri).
6. Marzo 2019. Reunión del grupo de Comunitaria para definir los criterios de evaluación del proyecto.(Ana Isabel Echeverri).
7 . Marzo 2019. Comenzamos a derivar desde OMI a las personas del perfil indicado.(Ana Isabel Echeverri).
8. Marzo 2020. Evaluación del Proyecto y nueva reunión con Dirección del centro de Mayores para ampliar la oferta.(Ana Isabel Echeverri).

OBSERVACIONES
Agradecimiento a Belén Benedé por el asesoramiento en este programa, propuesto en el curso de Recomendaciones de Activos de 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 - 2019/1086

1. TÍTULO

PROYECTO PROA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... OLGA BLASCO RONCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEMBRADO GRANIZO PEDRO JAVIER
RAMOS FRAILE NURIA
REQUENO JARABO NURIA
CARO REBOLLO JOSEFINA
GRIMAL ALIACAR FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.
El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.
Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, midecamicina y roxitricina), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.
Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.
En el EAP SEMINARIO, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:
1. Sesiones formativas:
-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.
-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
Abordaje de infecciones respiratorias: fecha 28/05/2019
Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha 25/10/2019
En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.
-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos
-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1086

1. TÍTULO

PROYECTO PROA

- La selección de casos clínicos ha sido posible gracias al envío por correo electrónico en Junio de 2019, y desde el Servicio de Farmacia de AP, de los listados por CIAS de pacientes tratados en el último año con macrólidos así como del diágnóstico asociado a éstos, de tal modo que cada profesional revisó dicho listado y seleccionó alguno de los pacientes incluidos en el mismo para reevaluar la necesidad de utilizar dicho antibiótico de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos
En el EAP hemos dado 3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.
Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de macrólidos.
El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.
2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria.
En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.
En cuanto a resultados:
Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 8,1, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 9,21).
En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de macrólidos.
En diciembre 2018 el valor % envases macrólidos/total envases antibióticos era 20,90% siendo en diciembre 2019 de 16,10%
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.
3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de macrólidos de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias, cuyos valores en 2018 fueron 85,38%.

En el año 2019 el % uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias ha sido de 77,18%.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las mas adecuadas.
Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.
Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1086

1. TÍTULO

PROYECTO PROA

Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1086 ========== ***

Nº de registro: 1086

Título
PROYECTO PROA

Autores:
BLASCO RONCO OLGA, MEMBRADO GRANIZO PEDRO JAVIER, RAMOS FRAILE NURIA, REQUENO JARABO NURIA, CARO REBOLLO JOSEFINA, GRIMAL ALIACAR FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.
La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).
Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP SEMINARIO se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente macrólidos a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias de vías altas y bajas, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 20,9 % de envases prescritos de antibióticos (Sector Zaragoza: 20,8%).

RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio.

MÉTODO
1.Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.
2.Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1086

1. TÍTULO

PROYECTO PROA

identificados en el propio equipo de atención primaria.
3.Revisión de los pacientes tratados en 2018 con macrólidos para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4.Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES
Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clinico
Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 20,9 %
Objetivo 2019: <18 %
Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
% de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 85,38%
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN
-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de macrólidos durante el año 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 - 2019/1111

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II. C.S. ROMAREDA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GIL MOSTEO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BENEDI ANA MARIA
PUEYO ROYO NOELIA
MORALES ABAJO OLGA
FELEZ RIPOLL CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
21/03/2020 Sesion formativa propuesta por la Dirección AP para presentar el proyecto
13/05/2019 Reunión del Equipo AP para constituir grupo de trabajo y responsable del proyecto
2/06/2019 Recibimos listados por parte de Dirección AP del PCC con GMA
10/06/2019 Reunión del equipo responsable del proyecto para decidir objetivos y actividades a realizar.
Actividades Realizadas
se realizó educacion individual con PCC y cuidador facilitando autocuidados
Se explicó al resto del EAP cómo incluir al PCC,tanto por parte de enfermeria como medicina
Quedó pendiente establecer unos criterios comunes para el plan de intervención(quedamos el grupo en fijarlos después del verano octubre/noviembre cuando estuviesemos todos miembros,pero debido a una IT y posterior resolución del concurso de traslados en Medicina y Enfermería,queda pendiente a realizar)
Actualmente queda solo el responsable en el EAP y estoy intentando reconstituir un nuevo grupo de trabajo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
debido a los problemas anteriormente comentados,y el poco tiempo desde que tuvimos acceso a los listados, con el periodo vacacional y los traslados en el media,no se han cumplido los objetivos en el plan de intervención.17.9%
25,57% pacientes incluidos GMA>97

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado el % de pacientes incluídos
se Intentará trabajar para conseguir mejores resultados en el plan de intervención.Una vez formado el nuevo grupo de trabajo y fijar los criterios

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1111 ========== ***

Nº de registro: 1111

Título
ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II .C.S.ROMAREDA

Autores:
GIL MOSTEO MARIA JOSE, ALONSO BENEDI ANA MARIA, PUEYO ROYO NOELIA, MORALES ABAJO OLGA, FELEZ RIPOLL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

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

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

PROBLEMA
Una de las Estrategias de mayor calado en la actual legislatura ha sido la del Abordaje de la Cronicidad,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1111

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II. C.S. ROMAREDA

sustentado en el Programa Paciente Crónico Complejo.
La mayoria de pacientes atendidos en atención primaria presenta multimorbilidad, y ésta aumenta con la edad.Está asociada a un mayor consumo de recursos asistenciales así como a un peor nivel en la calidad de vida .
Paciente Crónico complejo:aquel que presenta mayor complejidad en su manejo al presentar necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas y hacen necesaria la utilizacion ordenada de diversos niveles asistenciales y en algunos casos servicios sanitarios y sociosanitarios
La atención a los pacientes con condiciones crónicas y/o frágiles implica la coordinación de distintos servicios (atención ambulatoria, atención hospitalaria y/o servicios sociales) cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de estos pacientes, evitar la descompensación de su enfermedad y las hospitalizaciones que pudieran derivarse de este deterioro.
En Febrero de 2018, se hizo la presentación institucional del Programa, comenzándose su implementación en los equipos de atención
primaria del Sector II, a partir del mes de marzo, identificando e incluyendo a los pacientes crónicos de mayor complejidad p>99 (GMA).
Los datos de inclusión en el Programa del total de pacientes de mayor complejidad, en el Sector II,no supera el 50%, y los planes de intervención confeccionados,supone tan solo un 20 %

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar registro pacientes crónicos complejos, priorizando
los p>99 Incrementar elaboración Planes de Intervención pacientes registrados como PCC.
Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC
Elaborar y estandarizar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en
nuestro EAP.

MÉTODO
Designar un responsable del proyecto que coordine
Formación de todos los profesionales del equipo para una correcta identificación y captación PCC y resgistro adecuado en OMI
Proporcionar herramientas para facilitar autocuidados
Educación al paciente y cuidador
Planes de intervención orientados a identificar factores de riesgo de descompensaciónes y seguimiento adecuado
Verificar que los circuitos asistenciales para el PCC funcionan adecuadamente

INDICADORES
% PCC > 99 incluidos /PCC > 99 población diana.
35-45%
% Planes Inclusión/Total PCC incluidos en Programa.
65-70%
(Diciembre 2018
% PCC 97-99 incluidos/total PCC incluidos.
35-45%.
(Diciembre 2018, 30%).
% PCC < 97 incluidos/total PCC incluidos.
20-25%.
(Diciembre 2018, 14%).
% PCC con enfermería identificada.
80-90%.
% PCC con familiares-cuidadores identificados.
80-90%.

DURACIÓN
Sesiön formativa dirigida a todo el Equipo Mayo 2019
Designación del responsable del proyecto Abril 2019
Formación familiares y pacientes .De abril a Octubre 2019
Inicio Proyecto de Mejora.Junio 2019-Junio 2020
Monitorización indicadores: Octubre 2019 Y febrero 2020
Evaluación resultados obtenidos Junio 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 - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION SANZ RUBIO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABENGOCHEA MEDRANO MILAGROS
BLASCO GASCA OLGA
ABAD HONTORIA ANGEL
NAVARRO NAVARRO ELENA ISABEL
MARTIN NUEZ INES
MENDEZ ADE ESTHER
MORENO POZUELO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Según el calendario previsto, en mayo de 2018 la responsable del proyecto realizó una reunión con el equipo de fisioterapeutas de AP del sector Zaragoza II para planificar la implantación del proyecto.

A lo largo del segundo semestre de 2018 y en 2019 tuvieron lugar las sesiones clínicas impartidas por los fisioterapeutas de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP) con los EAP del Sector Zaragoza II para explicar la actividad y su puesta en marcha. En la fecha de elaboración de esta memoria falta por realizar la sesión en cuatro EAP urbanos (Sagasta-Ruiseñores, Sagasta-Miraflores, Rebolería y Puerta del Carmen) y en los centros rurales del sector.

La actividad de Escuela de Espalda, sin embargo, se ha incluido en las agendas de todas las Unidades de Fisioterapia del sector ZII y está funcionando activamente en todas ellas.

Se ha realizado una Encuesta de Satisfacción de los usuarios de la Escuela de Espalda, realizada en noviembre de 2018 y noviembre de 2019.

• Materiales elaborados y utilizados:
Presentación en power point y texto con el contenido de la sesión para los EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Valoración del grado de consecución de los objetivos específicos del proyecto. Coherencia de lo realizado con el objetivo general del proyecto:
? Descripción de los principales resultados alcanzados e impacto del proyecto:
? Grado de sensibilización y nuevas expectativas generadas en los grupos destinatarios: A pesar de que falta impartir las sesiones específicas de presentación de la actividad en los EAP de Sagasta-Ruiseñores, Sagasta-Miraflores, Rebolería y Puerta del Carmen y rurales, en todos los centros se ha realizado esta presentación de manera informal y ya se están realizando derivaciones explícitas de usuarios para su inclusión en la actividad.

? Cambios en los conocimientos, los comportamientos, los valores y las actitudes relacionadas con la salud: los fisioterapeutas de las UFAP son conscientes de la importancia de la puesta en marcha de la actividad y así lo están transmitiendo a los profesionales y usuarios.

? Mejora de la autonomía y empoderamiento de las personas implicadas: había fisioterapeutas que no habían puesto en marcha la actividad y esto ha cambiado al tener el mismo material para todas las UFAP, lo que ha facilitado también una homogeneidad en el desarrollo de la misma.

? Mejora de la satisfacción y bienestar:

En el mes de noviembre del año 2018 y 2019 se realizó una encuesta para valorar la satisfacción de los usuarios de la actividad de Escuela de Espada en las unidades de Fisioterapia de atención primaria. Hay que mencionar que en noviembre de 2019 hubo algunos profesionales que participaban por primera vez en la encuesta y no entendieron bien la información transmitida, bien porque no leyeron los correos electrónicos enviados bien porque no asistieron a las reuniones presenciales). Así pues, de los 65 usuarios que respondieron al cuestionario en 2019, solo 42 de ellos respondieron a todas las preguntas dado que no se les facilitó la hoja con las preguntas más generales, recibiendo solo la hoja específica de la actividad de Escuela de Espalda.

- Características de los usuarios participantes en la Escuela de espalda en noviembre de 2018 y noviembre de 2019 en las Unidades de Fisioterapia del sector ZII:

En 2018 respondieron al cuestionario 36 pacientes y 65 en 2019.
La media de edad fue de 59,5 años en 2018, siendo el 31,4% de entre 40 y 60 años y 54,3% mayores de 61. El más joven tenía 29 años y el mayor, 82 años.
En 2019, la media de edad fue de 57,1 años, siendo el 40,5% de entre 40 y 60 años y 45,2% mayores de 61. El

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

más joven tenía 27 años y el mayor, 74 años.

Distribución por sexo: 69,4% mujeres y 30,6% hombres en 2018 y 69% mujeres y 31% hombres en 2019.

El 66,7% de los usuarios de la Escuela de Espalda fue derivado a la UFAP por dolor lumbar en 2018 y el 87,7% en 2019.

La situación laboral fue predominantemente jubilados (45,7%) y personas trabajando (34,3%) y también en 2019 (50% y40,5% respectivamente).
La asistencia en general fue valorada positivamente en un 92% en 2018 y 99% en 2019, sin ninguna valoración negativa.

Las instalaciones se consideraron satisfactorias en un 97,2% en 2018, sin embargo en 2019 ese porcentaje disminuyó al 59,6%.

El tiempo de espera entre el día que se realiza la cita y la fecha que se da para consulta en un 22,2% se valoró entre poco y nada satisfactorio en 2018 y un 33,3% en 2019.
En cuanto a la confianza que transmite el profesional que dirige la actividad, todas las respuestas fueron positivas tanto en 2018 como en 2019.

La información recibida se valoró positivamente en el 94,5% de los casos y también en el mismo porcentaje los usuarios consideraron que esta información les ha resultado de utilidad en 2018. En 2019 estos resultados fueron 78,6% y 95,4% respectivamente.

El 87% de los usuarios encuestados en 2018 y el 90,5% en 2019 recomendaría la actividad de Escuela de Espalda de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria a sus amigos o familiares.

De las respuestas a las preguntas abiertas destacó como lo que más ha gustado, tanto en 2018 como en 2019, la atención, profesionalidad, y el interés de los ejercicios aprendidos.
Lo que menos ha gustado ha sido el tiempo de espera desde la derivación hasta la primera consulta en la Unidad de Fisioterapia.

Es preciso señalar que en noviembre de 2018, cuando se realizó la Encuesta de Satisfacción de los usuarios de la Escuela de Espalda en las UFAP del sector ZII sólo estaba en marcha en cuatro de las nueve UFAP del sector ZII. En noviembre de 2019, la Escuela de Espalda sí que estaba funcionando en las nueve unidades.

? Cambios en la relación de los profesionales y los grupos y población destinataria: las sesiones clínicas de las UFAP dirigidas a los EAP han sido bien acogidas y con gran participación, según consta en las actas de las mismas.

? Cambios en el entorno (en el ambiente, en la organización, en el uso de metodologías y recursos): las agendas de las UFAP ya disponen de un tiempo específico para la realización de la actividad

• Comparación de los cambios entre la situación previa (antes del desarrollo del proyecto) y final (en el momento de hacer la memoria).
Antes del desarrollo del proyecto había varias UFAP del sector ZII que no realizaban esta actividad y, en este momento ya se ha puesto en marcha la actividad en las nueve UFAP y todos los EAP conocen ya de su existencia, aunque algunos no hayan recibido la sesión clínica preparada para ello.

• Metodología de la recogida de la información para la evaluación:
En la sesión clínica se recoge la hoja de firmas de los asistentes a la misma y se cumplimenta acta de la sesión.
Al final de la actividad de Escuela de Espalda con cada grupo de usuarios se les ofrece un cuestionario de satisfacción.
Indicadores y objetivos planteados:
• Puesta en marcha de escuela de espalda en las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII: 100% de las UFAP.
• Realización de Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II: Sin finalizar (falta su realización en seis EAP urbanos y los tres rurales) >67% de los EAP realizado (80% de los EAP urbanos).
• Grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda: >81% grado de satisfacción alto o muy alto.
2. Grado de implicación y participación de los grupos y población destinataria en el desarrollo del proyecto:
Todos los fisioterapeutas de las UFAP del sector ZII se han implicado en el proyecto pero por las agendas de sesiones clínicas de los EAP, en algunos de ellos aún no ha sido posible la realización de la sesión clínica que estaba prevista completar en 2019. La actividad de Escuela de Espalda se ha puesto en marcha en las nueve UFAP del sector ZII aumentando progresivamente la derivación de usuarios.
3. Valoración de los objetivos y aspectos no alcanzados. Análisis de los factores condicionantes del contexto y del desarrollo del proyecto (por ejemplo objetivos no realistas, análisis de situación inicial insuficiente, ambigüedad de actuaciones, etc):
La comunicación entre las diferentes Unidades de Fisioterapia es mejorable. Tal vez la existencia de una figura de coordinación no oficial no sea suficiente para garantizar un funcionamiento homogéneo en todas ellas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de las dificultades y la flexibilidad del proyecto. Valoración de la viabilidad y factibilidad del proyecto.
El proyecto se considera viable aunque los plazos se podrían acortar con una mayor coordinación entre las Unidades de Fisioterapia. Cuando las sesiones en los EAP se hayan realizado en su totalidad, la derivación de usuarios para participar en la actividad será mayor y con ello también se podrá valorar mejor su impacto. En todo caso, los resultados de la puesta en marcha de la Escuela de Espalda en todas las Unidades de Fisioterapia del Sector Zaragoza II han resultado positivos.

• Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones y su integración en la dinámica del centro. Posibilidades de extensión y replicabilidad de las iniciativas en otros centros.
La puesta en marcha de la actividad de Escuela de Espalda es perfectamente sostenible ya que se puede integrar dentro de la agenda de las UFAP y se trata del abordaje de un problema de salud muy frecuente en las unidades de Fisioterapia. Asimismo se puede replicar en todas las unidades de fisioterapia de AP de cualquier sector, adaptándose en todo caso a la organización funcional de cada una de ellas.

• Propuestas de reorientación y cambio en el proyecto.
Es preciso terminar cuanto antes la divulgación de la actividad en los EAP y después ir actualizando la información cuando se incorporen profesionales nuevos. Asimismo es importante compartir con los EAP los resultados del proyecto para favorecer su implicación en la actividad.

• Otras observaciones y sugerencias de utilidad sobre la evaluación del proyecto.
La actividad se considera de gran utilidad para conseguir que los usuarios tengan un enfoque activo en el cuidado de su salud, ya que las algias vertebrales guardan mucha relación con los hábitos posturales e incluso con la idea que ellos mismos tengan de su problema de salud y su actitud frente a la misma.

• Autovaloración del trabajo realizado.
El trabajo ha conseguido implicar a todos los profesionales que hasta ahora habían pospuesto la puesta en marcha de una actividad considerada de utilidad dada la alta prevalencia del dolor lumbar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1569 ========== ***

Nº de registro: 1569

Título
PROYECTO DE CALIDAD DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
SANZ RUBIO CONCEPCION, HERNANDEZ GALLARDO ASUNCION, GASPAR CALVO ELENA, USERO TIL NOEMI, SEBASTIAN LORENTE LAURA, ORTIN CLAVERIA JOSE ANTONIO, GIMENO SANZ ESPERANZA, FRANCO GIMENO MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Proyectos asistenciales de la Unidad

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

PROBLEMA
El dolor lumbar es una de las principales causas de atención médica en las consultas médicas, así como de las principales causas de ausentismo laboral. La incidencia en la población adulta asciende de 60 a 80% en algún momento de sus vidas, y de éstos, hasta 36% de los casos persistirá de manera crónica1.
Dentro de las lumbalgias diagnosticadas, el 80-90% son inespecíficas (lumbalgias mecánicas)2.

Por este motivo, en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria se ofrece la actividad de Escuela de Espalda como programa de educación y entrenamiento, para que el paciente con dolor de espalda adquiera los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

conocimientos y habilidades precisos que le permitan un adecuado estado de salud para su espalda. Con este proyecto nos planteamos hacer una correcta divulgación de la actividad desde las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Zaragoza II.

RESULTADOS ESPERADOS
- Dar a conocer la actividad de Escuela de Espalda a los Equipos de Atención Primaria del Sector Zaragoza II.
- Poner en marcha la actividad en todas las Unidades de Fisioterapia de AP del Sector Zaragoza II.

MÉTODO
- Reunión con el equipo de Fisioterapeutas de AP del sector Zaragoza II para planificar la implantación del proyecto.
- Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II para explicar la actividad y su puesta en marcha
- Incluir esta actividad en la agenda en cada unidad de fisioterapia de AP del sector ZII.
- Valorar el grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda.

INDICADORES
- Puesta en marcha de escuela de espalda en las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII. 100% de las unidades.
- Realización de Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II: >80% de los EAP
- Grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda: >80% grado de satisfacción alto o muy alto.

DURACIÓN
Proyecto anual.

- Reunión con el equipo de Fisioterapeutas de AP del sector Zaragoza II para planificar la implantación del proyecto: mayo 2018. Responsable Mª Concepción Sanz Rubio.
- Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II para explicar la actividad y su puesta en marcha: septiembre-octubre 2018. Responsable: Fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII.
- Incluir esta actividad en la agenda en cada unidad de fisioterapia de AP del sector ZII: septiembre-octubre 2018. Responsable: Fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII.
- Valorar el grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda: octubre-diciembre 2018. Responsable: Fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII.

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 - 2019/0763

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DE ALMACEN DE MATERIAL EN TIEMPO REAL A TRAVES DE MEDIOS OFIMATICOS

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE ENRIQUE TRASMONTAN GALVEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANGUAS GRACIA ANA
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA
PEREZ GRACIA ISABEL
MADRIGAL YBARRO MARIEL
ARENAZ CAJAL CARMEN
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Durante el mes de marzo se llevaron a cabo una serie de reuniones del grupo de trabajo para determinar las necesidades que debería cubrir la herramienta de registro y petición de material. Las más importantes fueron:
La herramienta debía ser fácil de utilizar.
Accesible desde cualquier ordenador del centro de salud.
Se debía asegurar tanto el envío como la recepción del pedido.
2. La creación de la herramienta se desarrolló durante el mes de abril, siendo necesario un aprendizaje previo por parte de los integrantes del proyecto.
Para ello, el responsable de este proyecto realizó una actualización de conocimientos con una búsqueda de recursos ofimáticos, poniéndolos en común en una sesión formativa dirigida a los integrantes del grupo de trabajo en mayo de 2019.
3. El estudio piloto de la herramienta se realizó durante el mes de mayo y su evaluación en junio de 2019. Las consultas incluidas en este piloto fueron cuatro, dos de turno de mañana y dos de tarde.
4. El siguiente paso fue dar a conocer la herramienta al resto del personal del centro procediendo a su aprobación a finales de julio de 2019 y a su implantación el 1 de septiembre de 2019.
5. La evaluación de la herramienta tras la implantación se realizó a finales de diciembre de 2019.
6. La memoria del proyecto se terminó en enero de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La población diana del proyecto ha sido los profesionales sanitarios del centro de salud Sagasta-Ruiseñores.
En el centro de salud trabajan un total de 23 enfermeras (de las cuales dos son enfermeras de pediatría y 2 son refuerzos permanentes del centro), 26 médicos (de los cuales 3 son pediatras y 2 son refuerzos frecuentes en el centro) y 2 TCAE, en turno de mañana y tarde, con un total de 48 consultas entre asistencia general y pediátrica.
Así mismo conviene recordar la existencia de tres consultas compartidas entre dos centros de salud, Ruiseñores y Miraflores, de tal forma que, en el turno de mañana son utilizadas por personal del centro de salud Miraflores y en el turno de tardes de Ruiseñores, siendo la gestión del almacén independiente para cada uno y participando en este proyecto solo Ruiseñores.
Los resultados obtenidos en este proyecto han sido:
En relación con los indicadores de actividad de los profesionales:
El 50,98% de los profesionales sanitarios (porcentaje que equivale a 26 trabajadores, de los cuales 22 fueron enfermeras, 2 TCAEs y 2 médicos) ha participado en el estudio piloto de la herramienta propuesta para la gestión diaria de material.
A los cuatro meses de la implantación de la herramienta de gestión de material en el centro, el 100% de los profesionales sanitarios la utilizaron en el día a día.
En relación con los indicadores de impacto sobre los profesionales:
El 76,47% (39 profesionales sanitarios, de los cuales 23 fueron enfermeras, 14 médicos y 2 TCAEs) han valorado la utilidad y su grado de satisfacción de la herramienta de gestión del material a través de un cuestionario ad hoc formado por 4 preguntas cerradas con respuestas tipo Likert y una pregunta abierta con opción de respuesta libre.
El 76,47% (39 profesionales sanitarios, de los cuales 23 fueron enfermeras, 14 médicos y 2 TCAEs) han evaluado satisfactoriamente la nueva herramienta de gestión del material con puntuaciones superiores iguales a 4 sobre 5 en la escala Likert.
A la primera pregunta ¿Cree que la herramienta de gestión de material es útil? De los 39 profesionales que contestaron al cuestionario, 16 la consideraron “bastante útil” y 23 “muy útil”.
A la segunda pregunta ¿Considera que se ha disminuido el tiempo empleado para la realización de esta actividad? De los 39 profesionales que contestaron al cuestionario, 26 consideraron que la herramienta funcionaba “bastante mejor” y 13 “mucho mejor”.
A la tercera pregunta ¿Le resulta más fácil gestionar esta herramienta que el anterior método de solicitud de material? De los 39 profesionales que contestaron al cuestionario, 6 consideraron que la herramienta era “bastante fácil” y 33 “muy fácil”.
A la cuarta pregunta En aquellas situaciones en las que no ha podido utilizar el material deseado por falta de existencias en el almacén ¿Le ha sido fácil localizar una alternativa de tratamiento a la primera opción deseada por usted? De los 39 profesionales que contestaron al cuestionario, 2 consideraron que la herramienta era “bastante fácil” y 37 “muy fácil”.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0763

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DE ALMACEN DE MATERIAL EN TIEMPO REAL A TRAVES DE MEDIOS OFIMATICOS

A la quinta pregunta ¿Considera que es una buena herramienta para saber de qué material dispone en su consulta? De los 39 profesionales que contestaron al cuestionario, 1 ha incluido su respuesta entre las opciones “bastante útil” y 38 “muy útil”. Lo que nos indica que es una herramienta útil también para aquellas consultas en las que se comparte espacio con otros centros de salud.
A la sexta pregunta ¿Considera que es una buena herramienta para mejorar la comunicación entre profesionales? De los 39 profesionales que contestaron al cuestionario, 5 han incluido su respuesta entre las opciones “bastante útil” y 34 “muy útil”.
La pregunta abierta se ha utilizado para incluir mejoras en la herramienta que deberán ser evaluadas en un futuro.
A los cinco meses de la implantación de la herramienta de gestión en el centro de salud (finales de enero) se habían declarado 2 incidencias. Si tenemos en cuenta que el mes anterior a la implantación de la herramienta se habían declarado 23 incidencias, es evidente que la reducción fue superior al 50% que se había marcado, disminuyendo del 100% para 23 incidencias al 8,69% para 2.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La solicitud de suministro de recursos materiales de cada consulta es responsabilidad exclusiva del profesional que trabaja en dicho espacio, ya sea médico o enfermera. Por otro lado, como ya se ha indicado, en el centro de salud Sagasta-Ruiseñores trabajan un total de 24 enfermeras y 24 médicos, en turno de mañana y tarde, lo que obliga a compartir las consultas. Esta herramienta ayuda a individualizar el trabajo de cada profesional mejorando la gestión del material, disminuyendo las interrupciones entre consultas y aumentando, con todo ello, la seguridad clínica en cada procedimiento que se realiza.
Al agilizar el proceso de petición de material también se disminuye el tiempo de respuesta de los TCAE, los profesionales encargados de proveer dichas solicitudes, aumentando la eficiencia en el proceso.
Se ha conseguido disminuir la carga burocrática al utilizar un catálogo estandarizado con un código para cada artículo, lo que permite redirigir los tiempos hacia otros procedimientos.
La valoración de la herramienta ha demostrado que su uso aumenta la satisfacción de los profesionales, al sustituir el método manual de solicitud del material por profesional por un método de solicitud por consulta. Esta satisfacción se especifica a través de la pregunta abierta del cuestionario en tres apartados: En primer lugar, al eliminar de las consultas del material no utilizado, mejorando el aprovechamiento del espacio físico y disminuyendo el riesgo de caducidad de productos; en segundo lugar al aumentar el conocimiento de las alternativas existentes en el almacén, disminuyendo el riesgo de errores; y en tercer lugar porque con este proyecto se cumple la legislación vigente, eliminando el papel como método de solicitud de material en nuestro centro de salud.
Una de las debilidades de este proyecto, que no se ha podido controlar/eliminar, ha sido la presencia de dos tipos de almacén de suministros a nivel de sector: almacén de material y farmacéutico. Proponemos realizar en un futuro otro proyecto de mejora dirigido al pedido de material farmacéutico.
Cobra importancia la necesidad de determinados recursos materiales como un Asistente Personal Digital o PDA, un lector de código de barras inalámbrico y un acceso a internet en la zona de almacenaje.

7. OBSERVACIONES.
Consideramos necesario modificar el título del proyecto por: “Organización y mantenimiento de almacén de material en tiempo real a través de medios ofimáticos”.
Como ya hemos dicho, un problema para el desarrollo de este proyecto ha sido el déficit de material ofimático y la falta de conexión a internet desde el almacén. Para suplir estos déficits se ha utilizado, como herramienta de trabajo, el teléfono personal y los datos móviles de los profesionales implicados, siempre que la cobertura lo permitía, ya que su lugar principal de trabajo se localiza en el segundo sótano del edificio.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/763 ========== ***

Nº de registro: 0763

Título
ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DE ALMACEN DE MATERIAL DE ENFERMERIA EN TIEMPO REAL A TRAVES DE MEDIOS OFIMATICOS

Autores:
TRASMONTAN GALVEZ JOSE, ANGUAS GRACIA ANA, MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, PEREZ GRACIA ISABEL, MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI, ARENAZ CAJAL CARMEN, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARI LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Aunque el proyecto va dirigido a los profesionales sanitarios el objetivo final es aumentar la seguridad de los pacientes que atienden.
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0763

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DE ALMACEN DE MATERIAL EN TIEMPO REAL A TRAVES DE MEDIOS OFIMATICOS

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

PROBLEMA
Es responsabilidad de los profesionales sanitarios de los centros de salud conocer el surtido de material existente en cada momento así como las alternativas que mejor se adecuen a nuestras necesidades.
El diseño de una herramienta de gestión interna de material permitirá conocer los recursos que se pueden solicitar, qué reservas quedan y cuántas unidades van a entrar en el siguiente pedido. Asimismo permitirá cumplir con la Ley 39/2015 del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas al utilizar medios telemáticos para la comunicación entre profesionales y eliminar el papel.

RESULTADOS ESPERADOS
General: Implantar un sistema de gestión interno para el aprovisionamiento de material en las consultas que garantice el uso eficiente de los recursos y la seguridad clínica de los pacientes.
Específicos:
- Desarrollar una herramienta informática que permita a cada profesional del centro un correcto control del material existente en el almacén, de forma nominal y desde el puesto de trabajo.
- Cumplir con la legislación aprobada en la reforma de Ley del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, que propugna la eliminación del papel en la relaciones entre las administraciones.

MÉTODO
- Construcción de una tabla con el material existente en el almacén a través de la suite ofimática del Centro de Salud (Openoffice, de código libre). Incluirá el material que llegue al almacén con cada pedido, el entregado en las consultas y las fechas de caducidad de cada producto. Permitirá registrar las incidencias derivadas del almacenamiento y del suministro de material en las consultas.
- Se nombrarán dos administradores únicos, responsables de la gestión de la tabla de pedido, de otorgar permiso para su modificación, permitir o restringir el acceso y aquellas cuestiones relativas al sistema informático y a las copias de seguridad periódicas.
- Para el período de prueba se realizará una sesión formativa en grupo cerrado, voluntario de la nueva herramienta de almacenamiento en la nube vinculada con el correo corporativo de cada uno. El pedido será nominal, con acuse de recibo de envío y lectura. Se podrán crear listas de necesidades personalizadas.
- Tras la evaluación se informará de los resultados al resto de personal del equipo quienes valorarán su implantación en el centro como método único.
- Una vez aprobado se realizarán sesiones formativas al resto del personal.
- En la evaluación final se incluirá una encuesta de satisfacción de los profesionales.

INDICADORES
- % de profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores que utilizarán la herramienta de gestión del material en el día a día tras su aprobación e implantación en el centro.
Periodo de tiempo: 4 meses.
Fuente de datos: Herramienta informática creada para el proyecto.
Responsables de la recogida de datos: José Trasmontan Gálvez y María Isabel Pérez Gracia.
Frecuencia de recogida: Semanal.
Estándar: El 100% de los profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores utilizarán la herramienta de gestión de material.
- % de profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores evaluarán si la nueva herramienta de gestión del material es un método eficiente para aumentar la seguridad clínica en sus procedimientos.
Periodo de tiempo: 1 mes.
Fuente de datos: Encuesta de evaluación ad hoc.
Responsables de la recogida de datos: Ana Anguas Gracia y Francisca Martínez Lozano.
Frecuencia de recogida: Un mes tras la implantación de la herramienta.
Estándar: El 75% de profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores evaluaran la nueva herramienta de gestión del material.
- % de profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores satisfechos con la nueva herramienta de gestión del material.
Periodo de tiempo: 1 mes.
Fuente de datos: Encuesta de satisfacción ad hoc.
Responsables de la recogida de datos: Ana Anguas Gracia y Francisca Martínez Lozano.
Frecuencia de recogida: Un mes tras la implantación de la herramienta.
Estándar: El 75% de profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores evaluarán satisfactoriamente la nueva herramienta de gestión del material con puntuaciones superiores iguales a 4 sobre 5 en escala Likert.
- % en el que se reducirán las incidencias relacionadas con la gestión del material tras la puesta en marcha de la herramienta.
Periodo de tiempo: 5 meses.
Fuente de datos: Herramienta informática creada para el proyecto.
Responsables de la recogida de datos: José Trasmontan Gálvez y Ana Anguas Gracia.
Frecuencia de recogida: Un mes tras la implantación de la herramienta.
Estándar: La disminución en la declaración de incidencias en relación al primer mes de registro será del 50%.

DURACIÓN
Creación de la herramienta de registro: Marzo-Abril 2019.
Sesión informativa a grupo reducido y puesta en marcha del piloto: Abril 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0763

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DE ALMACEN DE MATERIAL EN TIEMPO REAL A TRAVES DE MEDIOS OFIMATICOS

Evaluación de la herramienta e identificación de debilidades: Mayo 2019
Sesión informativa al resto del personal del centro y aprobación: Septiembre 2019
Implantación de la herramienta en todo el centro: Septiembre-Diciembre de 2019.
Evaluación de la herramienta: Enero 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 - 2019/0111

1. TÍTULO

"MANDA A PASEO TU RUTINA" PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE PIGNATELLI. CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... AMPARO ARCE FLORES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEL CASTILLO ALONSO CONCHITA
MARTINEZ HERVAS AZUCENA
PASCUAL RUBIO MARIA OLGA
ARENAZ CAJAL CARMEN
LINARES QUERO JESUS
MADRIGAL IBARRO MARIEL
NUSERO TIL NOEMI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad ha consistido en realizar paseos diarios, con inicio en la puerta del Parque Pignatelli, realizando 10 minutos de calentamiento, recorrido por el parque, siguiendo por el canal y terminando en el punto de partida con 10 minutos de estiramientos. Dichos ejercicios han sido elaborados y supervisados por el servicio de Fisioterapia del Centro de Salud.
La manera de comunicar la actividad ha sido directamente en las consultas de enfermería e indirectamente a través de carteles hechos por el personal de enfermería y trípticos proporcionados por la Sociedad Aragonesa de Cardiología.
La actividad se inició el 12/03/19 y se ha realizado de forma ininterrumpida hasta hoy de 10h a 11h15, con una asistencia media de 16 personas, contando un total de 58 los que asisten, siendo inaugurado el 19/09/19 por el Consejero de Medioambiente, Ayuntamiento y Cardiólogos.
Se han empleado los siguientes recursos:
-Contactamos con Marisa Campillos Apezteguía de la Agencia de Medioambiente del Ayuntamiento, proponiendo incluir al Parque Pignatelli como Parque con Corazón. Ellos marcaron la ruta, la cual fué avalada por la Sociedad Aragonesa de Cardiología.
-Personal de enfermería que ha hecho turnos de acompañamiento y supervisión de ejercicios hasta que ha habido voluntarios que han seguido dicha labor.
-Los fisioterapeutas del Centro, realizando tablas de ejercicios.
-El Aula de Medioambiente "La Calle Indiscreta". Se han realizado 4 visitas con el grupo de paseos.
Los resultados han sido positivos, ya que tanto los datos objetivos de salud (peso,tensión..), como los subjetivos por las encuestas realizadas, han demostrado el beneficio de la actividad. Se ha trabajado de forma integral, tanto la forma física, cardiovascular y afectiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los objetivos marcados, hemos conseguido que la actividad dure más del tiempo establecido, que más del 50% de los que empezaron sigan en la actividad y se ha conseguido que se forme un grupo cohesionado afectivamente. Los datos recogidos mediante encuesta con una escala del 0 al 10 han sido:
-En cuanto a la valoración de su forma física, un 8,33% ha dado 5, un 70,83% un 8 y un 20, 84% un 10.
-Con respecto al ánimo para salir de casa, un 4,16% ha dado un 5, un 33,33% un 8 y un 62,5% un 10.
-Otra cuestión es si los paseos les aportan algún beneficio, a lo que un 37,5% ha opinado que 8 y un 62,5% que 10.
-Y la cuarta valoración es, cómo ven su vida social, a lo que un 4,16% la ha valorado con un 5, un 50% con un 8 y un 45,83% un 10.
Dichos valores han supuesto una mejoría con respecto a la encuesta repartida al inicio de la actividad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estas actividades comunitarias son necesarias, siendo la base de la promoción y prevención de la salud, pero no es una actividad que entre dentro de nuestras agendas, siendo muy dificil de compatibilizar. Consideramos que hemos hecho un esfuerzo ímprobo, ya que la mayor parte del tiempo sale de nuestro tiempo libre, pero ha sido satisfactorio tanto a nivel personal como profesional,que nos ha permitido de forma gratificante trabajar a nivel multidisciplinar. Nos gustaría que la Atención Comunitaria tuviera un hueco en nuestras agendas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/111 ========== ***

Nº de registro: 0111

Título
"MANDA A PASEO TU RUTINA" PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE PIGNATELLI. CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0111

1. TÍTULO

"MANDA A PASEO TU RUTINA" PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE PIGNATELLI. CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

Autores:
PASCUAL RUBIO MARIA OLGA, GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA ANGELES, MARTINEZ HERVAS AZUCENA, DEL CASTILLO ALONSO CONCHITA, ARENAZ CAJAL CARMEN, LINARES QUERO JESUS, ARCE FLORES AMPARO, MADRIGAL IBARRO MARIEL ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patogia crónica no grave.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
1-Vistas las características y necesidades de nuestra población, una comunidad envejecida y en la que hay muchas personas que viven solas, vemos necesario promover una actividad física asequible, como es el pasear en grupo.
2-Aprovechar esta actividad para la promoción de la salud, informando sobre los aspectos beneficiosos del ejercicio y dando oportunidad de resolver cuestiones que les preocupan de su salud.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Mejorar la movilidad aticular, tonificación muscular y sistema cardiorespiratorio de los participantes.
2-Fomentar las relaciones interpersonales que ayuden a mejorar el aspecto afectivo emocional.
3-Ofrecer la posibilidad de crear entre los participantes un grupo de apoyo.

MÉTODO
-La actividad surgió a iniciativa del Centro de Salud y en colaboración con el proyecto Parques con Corazón del Ayuntamiento de Zaragoza, avalado por la Sociedad Aragonesa de Cardiología y tutelado por voluntarios del ayuntamiento, y en la que participará activamente el personal de enfermería.
-Se ha mantenido contacto telefónico y por email con la Agencia de Medioambiente y Sostenibilidad.
-La comisión creada para esta actividad del Centro de Salud se reune una vez por semana, para planificar el desarrollo de la misma.
-La captación se va a hacer desde las consultas y a través de carteles y folletos informativos.
-La actividad empezará diariamente a las 9h50 enfrente del Centro, que consistirá en 10 minutos de calentamiento, 30 minutos de paseo por el parque Pignatelli y 10 minutos finales de estiramiento.
-Se les dará una encuesta a los participantes al inicio de la actividad y otra a los tres meses para evaluar el beneficio obtenido.

INDICADORES
1-Evaluación mediante encuesta a los participantes al inicio y a los tres meses de comenzada la actividad.
2-La encuesta constará de preguntas objetivas: TA, pulso, Satur O2, etc y subjetivas: ¿Qué pretende mejorar de su salud con el ejercicio?, etc
3-Realizar la actividad durante al menos 2 periodos de tres meses.
4-Que termine la actividad al menos el 50% de los integrantes.

DURACIÓN
-Comenzaremos el 1 de Marzo de 2019 al 30 de Junio, descanso estival y retomaremos la actividad el 1 de septiembre, según resultados obtenidos.
-Presentación del Proyecto al Equipo a primeros de Marzo.

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 - 2019/0692

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL C.S. RUISEÑORES

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ARENAZ CAJAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANGUAS GRACIA ANA
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
MADRIGAL YBARRO MARIEL
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
TRASMONTAN GALVEZ JOSE ENRIQUE
ARCE FLORES AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. La primera semana de marzo de 2019 se creó el grupo de trabajo “Intervención sobre necesidades de mejora en el programa de diabetes” del CS Sagasta-Ruiseñores en respuesta a los objetivos planteados en el proyecto.
Sus funciones se han centrado en:
-Localizar y valorar las debilidades existentes en el circuito de extracciones de nuestro centro de salud vinculadas con la recepción de la muestra de orina para la determinación de microalbuminuria.
Durante la verificación de la presentación de la muestra de orina para la determinación de microalbuminuria solicitada se identificó, como problema principal, la existencia de pacientes que acudían a la sala de extracción sin la muestra porque no se les había proporcionado el recipiente de recogida. Tras detectar a los pacientes con este problema se les entregó un recipiente en el control de recogida de muestras para que, en el baño público del centro de salud, pudiera realizar la recogida de la muestra en ese momento.
-Elaborar tres sesiones dirigidas al resto de profesionales sanitarios del centro, una informativa del proyecto de sector y dos formativas para llevarlo a cabo de la forma más efectiva.
Resultados:
La sesión informativa se dirigió a médicos y enfermeros del centro de salud Sagasta-Ruiseñores. Los objetivos fueron explicar el proyecto de mejora para implicar a los profesionales en la captación de los pacientes diabéticos; incidir en la importancia de fomentar, dentro del control médico, el análisis de microalbuminuria de los pacientes diabéticos y, dentro del control enfermero, la exploración del pie diabético junto con la valoración de su riesgo.
La primera sesión formativa incluyó el registro de los planes personales, de la valoración del pie diabético y de su riesgo.
La segunda sesión formativa, desarrollada como taller, se centró en cómo realizar una correcta exploración completa del pie diabético y su evaluación.
-Asegurar la estructura básica de la exploración del pie diabético: disponibilidad de monofilamentos de Semmes-Weinstein, diapasón graduado, barra térmica, martillo de reflejos, doppler y aparato de medición índice tobillo-brazo.
2. La valoración del circuito de extracciones se realizó durante los meses de marzo y abril de 2019.
3. Las sesiones informativas/formativas se realizaron las dos primeras semanas del mes de abril de 2019.
4. El proyecto y recogida de datos se desarrolló entre los meses de abril y diciembre de 2019.
5. La evaluación del programa se realizó en enero de 2020.
6. La memoria final del proyecto se elaboró en enero de 2020.

-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La población diana del proyecto ha sido la totalidad de pacientes diabéticos adscritos al CS Sagasta-Ruiseñores, sin distinción de sexo y mayores de 15 años, edad en la que su atención deja de depender de pediatría. Su participación en el mismo ha sido pasiva.
El total de pacientes diabéticos adscritos al centro de salud a 31 de diciembre de 2019 fueron 2024, con una prevalencia del 5,40% sobre el total de la población del centro, 37488 personas. De estos, 77 eran niños menores de 15 años, por lo que la población real incluida en nuestro proyecto fue de 1947 personas, siendo su prevalencia real del 5,19%. Si tenemos en cuenta las cifras descritas correspondientes a 2018, 1927 pacientes diabéticos sobre un total de 37398 personas (prevalencia del 5,15%), comprobamos que durante el último año se han incluido 20 casos más, lo que implica un aumento del 0,04% de pacientes diabéticos.
Para una mejor exposición, los resultados se han desarrollado en tres apartados:

1. Resultados relacionados con la determinación de los valores de microalbuminuria.
En diciembre de 2018 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado la revisión de microalbuminuria en el CS Sagasta-Ruiseñores fue del 32,12% (619 pacientes de 1927) frente al 41,07% obtenido en el Sector II y el 44,30% en todo Aragón.
En el corte anual realizado en diciembre de 2019 podemos observar que este porcentaje ha aumentado hasta el 42,68% (831 pacientes de 1947), al igual que en las determinaciones realizadas en el Sector II con un 53,34% y en todo Aragón con un 48,78%.

2018:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0692

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL C.S. RUISEÑORES

CS Sagasta-Ruiseñores: 32.12% (619 pac)
Sector II : 41.07%
Aragón : 44.30%
2019:
C.S. Sagasta-Ruiseñores: 42.68% (831 pac)
Sector II : 53.34%
Aragon: 48.78%

Aunque el incremento de la determinación de microalbuminuria en el centro de salud en un año ha sido del 10,56%, 212 pacientes más, no se ha alcanzado el porcentaje señalado en el estándar planteado por el proyecto del centro, fijado en el 46% de todos los pacientes diabéticos, restando 3,32% para conseguir el objetivo. No obstante, esta mejora en la determinación ha contribuido a cumplir con el estándar de incremento del 10% en el Sector con respecto a datos de diciembre 2018.

2. Resultados relacionados con los registros de exploración de pie diabético.
En diciembre de 2018 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado/registrado una exploración de pie en el CS Sagasta-Ruiseñores fue del 7,99% (154 pacientes de 1927) frente al 16,07% obtenido en el Sector II y el 24,30% en todo Aragón.
En el corte anual de diciembre de 2019 este porcentaje ha aumentado hasta el 27,94% (544 pacientes de 1947), implicando una mejora del 19,95%, 390 exploraciones/registros más. El incremento también se puede observar en las determinaciones realizadas en el Sector II con un 25,07% y en todo Aragón con un 27,94%.

2018
CS Sagasta-Ruiseñores: 7.99% (154 pac)
Sector II 16.07%
Aragon: 24.30%
2019
C.S.Sagasta-Ruiseñores: 27.94% (544 pac)
Sector II: 25.07%
Aragon: 27.94%
El incremento del porcentaje de la realización/registro de exploración de pie diabético en el centro de salud en un año es evidente, alcanzándose el estándar planteado por el proyecto del centro, fijado en el 27% de todos los pacientes diabéticos.

3. Resultados relacionados con los registros de riesgo de pie diabético.
En diciembre de 2018 el porcentaje de pacientes a los que se les había realizado/registrado la valoración del riesgo de pie diabético en el CS Sagasta-Ruiseñores fue del 7,97% (154 pacientes de 1927) frente al 16,07% obtenido en el Sector II y el 24,31% en todo Aragón.
La distribución porcentual de los pacientes según el riesgo fue del 4,77% (92 pacientes) con bajo riesgo, 2,96% (57) moderado y 0,26% (5) alto.
En el corte anual realizado en diciembre de 2019 podemos observar que este porcentaje ha aumentado hasta el 27,94% (544 pacientes de 1947), al igual que en las determinaciones realizadas en el Sector II con un 25,07% y en todo Aragón con un 27,65%.
La distribución porcentual de los pacientes según el riesgo fue del 17,77% (346 pacientes) con bajo riesgo, 9,19% (179) moderado y 0,98% (19) alto.

2018
CS Sagasta-Ruiseñores: 7.97% (154 pac)
Sector II: 16.07%
Aragón: 24.31%
2019
C.S.Sagasta-Ruiseñores: 27.94% (544 pac)
Sector II: 25.07%
Aragon: 27.65%
El incremento de la valoración realizada/registrada del riesgo de pie diabético en el centro de salud en un año ha sido del 19,97%, alcanzándose el porcentaje señalado en el estándar planteado por el proyecto del centro, fijado en el 27% de todos los pacientes diabéticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos confirman que la inclusión de un proyecto de intervención de estas características en los acuerdos de gestión clínica y en los contratos programa del sector es clave para aumentar la seguridad clínica de los usuarios.
Una mayor implicación de los profesionales sanitarios impulsa las medidas de prevención secundaria en los pacientes con diabetes mellitus, permitiendo disminuir el riesgo de mortalidad cardiovascular y la presencia de complicaciones mayores como ulceraciones y/o amputaciones de miembros. En esa línea se hace indispensable, junto con la valoración y vigilancia sanitaria, seguir recalcando la importancia de la educación del paciente en la promoción de estilos de vida saludables y de unos correctos autocuidados.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0692

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL C.S. RUISEÑORES

*** ========== Resumen del proyecto 2019/692 ========== ***

Nº de registro: 0692

Título
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL C.S. RUISEÑORES

Autores:
ARENAZ CAJAL CARMEN, ANGUAS GRACIA ANA, MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI, SALVADOR VISIEDO MARI LUZ, TRASMONTAN GALVEZ JOSE ENRIQUE, ARCE FLORES AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

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

PROBLEMA
Desde la creación y puesta en marcha del cuadro de mandos de diabetes, en el C.S. Sagasta-Ruiseñores observamos dos problemas mantenidos en el tiempo en la cobertura de actividades de la estrategia de diabetes:
1.La determinación de microalbuminuria, que a pesar de formar parte del perfil de pacientes diabéticos, presenta una cobertura sensiblemente inferior al resto de parámetros recogidos en dicho perfil en el último año (LDL; HbAic...).Dicha cobertura es del 36%, un 6% menor a la media obtenida en el Sector II de Atencion Primaria de Zaragoza, lo que denota la necesidad de mejorar la implantación de esta medida como prevención secundaria ante el riesgo de mortalidad cardiovascular derivada de la diabetes mellitus.
2.La exploración del pie diabético tiene una cobertura del 17% y la evaluación del riesgo del 10% del total de los pacientes.Una mayor implicación de los profesionales del centro de Salud Sagasta Ruiseñores en el registro de estos indicadores perrmitirá incidir sobre los posibles cambios de estilo de vida necesarios y/o reforzará positivamente aquellos hábitos saludables. con todo ellos podremos trabajar para reducir el riesgo de presencia de complicaciones mayores como ulceraciones y/o amputaciones de miembros.

RESULTADOS ESPERADOS
General: Implementar medidas incluidas en la cobertura de los pacientes diabéticos que permitan aumentar su seguridad clínica disminuyendo el riesgo de complicaciones derivadas de la enfermedad.
Específicos:
- Incrementar la cobertura en la determinación de microalbuminuria en los pacientes diabéticos adscritos al C.S.Sagasta Ruiseñeores en el año 2019.
- Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético y valoración de riesgo en estos pacientes en el año 2019.

MÉTODO
- Creación de un grupo de expertos para formar al resto de profesionales del centro.
- Se procederá a valorar las debilidades y fortalezas del circuito de extracciones con el objeto de verificar que la presentación de la muestra de orina sea correcta. En el caso en que el paciente acuda a la extracción sin muestra de orina, se le facilitará un recipiente para la recogida de la muestra en ese momento.
- Se realizarán las sesiones formativas necesarias para que el personal de enfermería adquiera los conocimientos adecuados para la correcta exploración, evaluación y registro del pie diabético, así como para concienciar de la importancia de solicitar y registrar la determinación de microalbuminuria.
- Se realizarán sesiones formativas sobre el uso de monofilamento, doppler y aparato de Indice tobillo-brazo en la exploración del pie diabético, disponiendo para ello del material necesario.
- La evaluación del programa se realizará en Enero de 2020.

INDICADORES
- % de pacientes diabéticos adscritos al C.S.Sagasta-Ruiseñores en los que consta, al menos, una determinación de microalbuminuria en el último año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0692

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL C.S. RUISEÑORES

Período de tiempo: 3 meses.
Fuente de datos: Cuadro de mandos de diabetes.
Responsables de la recogida de datos: Carmen Arenaz Cajal y Ana Anguas Gracia
Frecuencia de recogida: trimestral
Standar: El 46% de los pacientes diabéticos tendrán, al menos, una determinación de microalbuminuria en el último año.
- % de pacientes diabéticos adscritos al C.S.Sagasta-Ruiseñores en los que consta, al menos, un registro de exploración de pie diabético en el último año. Fuente de datos: Cuadro de mandos de diabetes.
Responsables de la recogida de datos: Carmen Arenaz Cajal y Ana Anguas Gracia
Frecuencia de la recogida: Trimestral.
Standar: el 27% de los pacientes diabéticos tendrán, al menos, un registro de exploración de pie diabético en el último año.
- % de pacientes diabéticos adscritos al C.S.Sagasta-Ruiseñores en los que consta, al menos, un registro de valoración del riesgo de pie diabético en el último año.
Período de tiempo: 3 meses
Fuente de datos: Cuadro de mandos de diabetes
Responsables de la recogida de datos: Carmen Arenaz Cajal y Ana Anguas Gracia
Frecuencia de la recogida: trimestral
Standar: El 27% de los pacientes diabéticos tendrán, al menos, un registro de valoración del riesgo de pie diabético en el último año.

DURACIÓN
- Constitución del grupo de expertos: Marzo 2019
- Valoración del circuito de extracciones: Marzo 2019
- Sesiones formativas a los profesionales del Centro de Salud: Abril 2019
- Puesta en marcha del proyecto y recogida de datos: Abril - Diciembre 2019.
- Evaluación del proyecto: 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 - 2019/0835

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA OLGA PASCUAL RUBIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA ANGELES
MARTINEZ HERVAS AZUCENA
DEL CASTILLO ALONSO CONCHITA
ARENAZ CAJAL CARMEN
MADRIGAL YBARRO MARIEL
ARCE FLORES AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO

ZONA DE SALUD
SAGASTA RUISEÑORES Y MIRAFLORES
ZARAGOZA SECTOR II

PRIMERA PARTE

INDICE

- Introducción
- 1. Determinantes de Salud
-1.1 Demografía
-1.2 Entorno
-1.2.1 Entorno Físico. Datos Geográficos
-1.2.2 Entorno social y Económico
-1.2.3 Vivienda
-1.2.4 Transporte
-1.2.5 Servicios Sociales
-1.2.6 Educación
-1.2.7 Situación Laboral
-1.2.8 Servicios Sanitarios
-2. Indicadores de Salud
-2.1 Morbilidad
-2.2 Mortalidad
-3. Recursos Comunitarios
-3.1 Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernandez
-3.2 Consejo de Salud de la Zona Básica de Salud de Ruiseñores
-3.3 Servicios a Personas Mayores
-3.4 Centros Culturales, Equipamientos, Programas y Proyectos Sociales

INTRODUCCIÓN

Un Diagnóstico de Salud Comunitario consiste en hacer un estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de los problemas y necesidades que la comunidad manifiesta, así como de los factores que influyen positiva y negativamente sobre dicho nivel de salud. Es un modelo de atención preventivo en el que participa la población con el propósito de resolver las necesidades de salud de su comunidad. Es el primer paso en el proceso de planificación de una intervención sanitaria
El trabajo se ha realizado entre los dos Equipos de Atención Primaria que comparten el Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández del Sector II de Zaragoza. Dicho trabajo consta de dos partes, la primera, es un estudio descriptivo de las características de la zona y la segunda recopila los problemas, necesidades y activos de salud, que una muestra representativa de la comunidad considera que hay en el momento del estudio.
Es una toma de contacto entre los que formamos parte de la zona y esperamos que este trabajo, sea capaz de reflejar la salud de nuestra comunidad y sirva de orientación para proyectos y actividades conjuntas, que influyan positivamente tanto en nuestra salud como en la del entorno, mejorando la calidad de vida de los que viven en ella

1. DETERMINANTES DE SALUD

Determinante de salud es el conjunto de factores tanto sociales como personales, ambientales y económicos que influyen en el estado de salud de poblaciones o individuos.

1.1 DEMOGRAFÍA

La demografía es el estudio estadístico de las poblaciones humanas, según su estado y distribución en un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

momento determinado.
La zona de Salud de Miraflores y Ruiseñores está situada en la zona central urbana con una población envejecida, alta densidad y el nivel de renta más alto de Zaragoza. Tiene una superficie de 1,8 Km2 y una población de 53,269 habitantes con una tendencia decreciente. La edad media es de 49,1 años.
La pirámide de población muestra una población envejecida con mayoría de mujeres > 50 años y sobre todo > 85 años. Escasea la población en las edades más bajas.
A continuación aportamos datos obtenidos del Padrón 2016.
La población en Aragón > 65 años es de un 21,3% y la población >85 años es de un 3,9%, en nuestra zona se superan ambas cifras, como vemos en la tabla.
La Esperanza de Vida al nacimiento, según el Atlas de Salud Aragón y calculada en base a la mortalidad de los años 2014, 2015 y 2016, en la zona a estudio, supera la media en Aragón que oscila entre 84 y 75 años en hombres y en mujeres entre 88 y 82 años.

MIRAFLORES
RUISEÑORES
Mayores de 65 años
30,18%
28,28%
Mayores de 85 años
4,88%
5,76%
Sobreenvejecimiento
16,19%
19,40%

Hombres
Mujeres
Hombres
Mujeres
Esperanza de vida al nacimiento
79,60
86,60
80,20
87,10

POBLACIÓN INMIGRANTE

El porcentaje de población extranjera es del 10,15%, algo inferior a la media de la ciudad, que alcanza el 14,25%. Las 5.405 personas extranjeras que viven en el Centro proceden principalmente de Europa y América y en mucha menos medida de Asia y África, El país más representado es Rumanía con casi el 30%, seguido de Nicaragua con un 10%. Por último China oscila entre el 2,2 y el 5.6%.
En el último año llegan a la zona un número de personas similar a los que se van.

1.2 ENTORNO

1.2.1 ENTORNO FÍSICO. DATOS GEOGRÁFICOS.

CLIMA Y SERVICIOS MEDIOAMBIENTALES

Zaragoza tiene un clima mediterráneo, con marcada influencia continental, caracterizado por escasas precipitaciones (320 mm3 anuales) y un promedio de 15,3ºC. El viento conocido como Cierzo, de componente noroeste, es un viento fuerte, fresco y seco originado en el Moncayo. En invierno y a comienzos de primavera sopla con frecuencia a una media de 19 km/h. Los índices de contaminación son bajos.
Contamos con un Aula de Medioambiente Urbano llamada "La Calle Indiscreta", con la que el Centro de Salud colabora activamente.
Zaragoza es una ciudad con amplias zonas verdes. En nuestra zona tenemos:
-Parque Pignatelli.
-Parque Miraflores.
-Parque Grande José Antonio Labordeta.

1.2.2 ENTORNO SOCIAL Y ECONÓMICO
La renta media en nuestra zona por hogar es de 43.344,16 € anuales, bastante superior a los 31.174,71 € que alcanza la media zaragozana.
El Índice de Privación nos permite cuantificar las desigualdades por medio de una variable resumen que integra información de varias dimensiones de desigualdad. Los valores más elevados indican mayor privación y los inferiores menor privación. El índice de privación en Miraflores es -1.07 y en Ruiseñores es-1.51, lo que indica un nivel bajo de privacióndesigualdad. El Índice de Entropía se utiliza para medir distribuciones desiguales de grupos de población en un área geográfica. El índice varía de 0 a 1, es 0 cuando tiene la misma composición grupal, y 1 cuando existe una equitatividad o diversidad perfecta de los grupos (en este caso de las diferentes nacionalidades).
En esta zona el Índice de Entropía es 0,03. La diversidad media del conjunto de la ciudad se cifra en 0,26.

1.2.3 VIVIENDA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

En Zaragoza el 31% de los hogares son unipersonales de los que un 38% son >65 años.
En la zona Centro los hogares unipersonales son un 36,17% y el 17,14% son >65 años.
En el censo de población de 2011 se contabilizan en Zaragoza 326.932 viviendas, de las cuales una cuarta parte son de la década de los 70. El 76% de la población zaragozana tiene disponibilidad de ascensor en el edificio de residencia. Del resto que no dispone de ascensor el 6% vive en una 3ª planta o superior. El 14,62% no tiene ningún garaje en la manzana.
Las viviendas sin Internet en nuestra zona son Miraflores un 34.10% y Ruiseñores un 40,87 %.

HOGARES UNIPERSONALES 65 Y MÁS AÑOS Y MONOPARENTALES

Aunque la forma de convivencia más habitual en mayores de 65 años es la pareja sola, la edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad.
Los hogares monoparentales son el núcleo familiar compuesto por un único progenitor y los hijos a su cargo, siempre que este progenitor sea el único sustentador de la familia.

España
Aragón
Miraflores
Ruiseñores
Hogares unipersonales = 65 años
9,00%
11,20%
14,63%
18,12%
Hogares monoparentales
16,20%
14,30%
17,13%
17,62%
Fuente de información el Censo 2011

En los últimos años se ha observado un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años, siendo en nuestra zona superior al de Aragón y casi el doble que en España. Las cifras de hogares monoparentales son también superiores a las de Aragón y España.

1.2.4 TRANSPORTE

La Zona de Salud de Miraflores y Ruiseñores, al encontrarse situada en el centro urbano, se encuentra bien comunicada con el resto de la ciudad por transporte público.
Podemos encontrar 19 lineas de autobús urbano que pasan por la zona:
Ci1,Ci2,21,38,39,40,29,30,31,32,33,34,35,23,24,25,26,27 y 51.
Una línea de tranvía recorre la Gran Vía y hay una Estación de Cercanías en la Avenida Goya.
También dispone la zona de un servicio de transporte urbano no contaminante .El ayuntamiento ha incorporado carril bici en casi toda la zona y Cicloestaciones Bizi (Anexo 1). Hay varias empresas privadas que ponen a disposición del usuario alquiler de patines, motos ecológicas y bicicletas eléctricas.

1.2.5 SERVICIOS SOCIALES

-Centro Municipal de Servicios Sociales San José: orientan en caso de problemas familiares, personales o sociales, gestionan prestaciones como teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio o información sobre la ley de dependencia, llevando a cabo un plan de intervención personalizado.
-Centro de Convivencia de mayores Laín Entralgo. Es el centro de referencia de nuestra zona para personas mayores de 60 años, como lugar de encuentro y relación, destinados a ofrecer servicios y actividades adecuados a sus intereses y necesidades. .
-Biblioteca de Aragón: los objetivos son la promoción del libro y la lectura, destinados a todo tipo de público.
-Ludotecas:(Ludoteca Municipal El Chiflo, Baboom espacio infantil y familiar, Ludoteca bilingüe Zaragoza, MAMISI, Guardería Infantil Español).
-Centro de Salud Miraflores y Ruiseñores: consultar agenda de Comunitaria para ver actividades.
1.2.6. EDUCACIÓN

El porcentaje de personas con instrucción insuficiente de una determinada población está muy relacionado con el porcentaje de personas mayores de dicha población, en cuya infancia no fue obligatorio finalizar los estudios primarios. En nuestra zona el nivel de instrucción insuficiente es bajo.
En relación a la instrucción insuficiente en jóvenes, este indicador podría recoger parte de las personas que no han residido en nuestro país en su etapa de escolarización. El nivel de instrucción insuficiente en general de la población extranjera en nuestra zona es alto.
España
Aragón
Miraflores
Ruiseñores
Instrucción Insuficiente
25,50%
23,10%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

13,54%
14,96%
Instrucción Insuficiente en Jóvenes
12,40%
11,00%
9,72%
7,64%
Instrucción Insuficiente en Población Extranjera
18,1%

16,7%

35,14%

22,22%
Fuente de Información el Censo de 2011

Centros Educativos de la zona, ver Anexo 2.

1.2.7 SITUACIÓN LABORAL

Las cifras de desempleo, considerando que son del Censo de 2011, son inferiores tanto a las de Aragón como a las nacionales. El porcentaje de trabajadores manuales como el de eventuales es inferior a la media en Aragón.
El porcentaje de desempleo en España según el Censo de 2011 fue de 29,6 %, en nuestra zona Miraflores 19.76 y Ruiseñores 18.53.
Los trabajadores manuales presentan tasas de mortalidad más elevadas que las de los no manuales. Esto puede estar condicionado tanto por los riesgos inherentes al tipo de trabajo, como a factores derivados de la privación de ingresos en algunos casos. En España este porcentaje fue del 53 %, inferior al de Aragón 55 %. En nuestra zona Miraflores 29.79 % y Ruiseñores 28.94 %.
En España el porcentaje de asalariados eventuales es de 39,6 %, superior al de Aragón 30,8%. Los datos en Miraflores 23,91% y en Ruiseñores 22,47%.

1.2.8 SERVICIOS SANITARIOS

ACCESIBILIDAD DEL CIUDADANO A LOS SERVICIOS SANITARIOS. DEL CENTRO DE SALUD

Los datos de demoras son aproximados en relación a la actividad de todo el año.
Fuente de datos: Servicio de admisión del Centro de Salud.

E.A.P. SAGASTA RUISEÑORES.

-Enfermería: No hay demoras.
-Médicos de familia turno de mañana: Demora media de 2 días (facultativos con ningún día de demora y algunos con hasta 3-4 días de demora con picos en invierno de una semana)
-Médicos de familia turno de tardes: Demora media de 0,2 días (facultativos con o ningún día de demora y algunos con 1 día de demora)
-Media de Médicos de familia Ruiseñores 1,14 días de demora.
-Pediatría: No hay demora ni en turno de mañana ni de tarde.

E.A.P. SAGASTA MIRAFLORES

-Enfermería: No hay demoras.
-Médicos de familia turno de mañana: Demora media de 1,16 (La mayoría no tienen demora salvo un facultativo que puede tener 2 días y otra facultativa que llega a tener una semana, los otros 5 facultativos no tienen demora).
-Médicos de familia turno de tardes: No hay demoras.
-Media de Médicos de familia Miraflores: 0,7 días de demora.
-Pediatría: No hay demora ni en turno de mañana ni de tarde.

UNIDADES

-Odontología: Demoras de 1,5 semana.
-Matrona de Miraflores: Sin demora
-Matrona de Ruiseñores: Demoras únicamente en Citologías, de un mes aproximadamente.
-Fisioterapia: Demora tanto en turno de mañana como de tarde de un mes.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL CENTRO DE SALUD

A continuación detallamos una encuesta realizada a médicos del Centro de Salud sobre los motivos principales de asistencia a consulta médica y de urgencias en domicilio
Las Enfermedades Crónicas, las Infecciones (sobre todo respiratorias) y la Ansiedad son los motivos clínicos más frecuentes de asistencia a consulta médica. Estos datos se basan en la intervención de 15 médicos del Centro Salud, con la valoración de 150 ítems.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

Datos extraídos por profesionales del Centro de Salud.

Para la valoración de los motivos más frecuentes de aviso urgente a domicilio, han intervenido 18 médicos del Centro Salud de Sagasta, basándose en 54 ítems, siendo el dolor, las infecciones y la soledad/depresión los motivos más frecuentes.

Datos extraídos por profesionales del Centro de Salud.

PRÁCTICAS PREVENTIVAS

La vacunación de gripe en la Zona de Miraflores y en la de Ruiseñores, presentan coberturas muy bajas de vacunación de gripe en mayores de 65 años, 47,90%.
También se realizan pruebas preventivas como citologías, pruebas de detección de cáncer colorrectal, cáncer de endometrio y prevención cardiovascular.

2. INDICADORES DE SALUD

2.1 MORBILIDAD

La información que se presenta es del "Atlas de Aragón de Salud Pública, vigilancia del estado de salud y sus determinantes por Zona Básica de Salud", se refiere a Morbilidad (aparición de casos de enfermedad en una población en un período, que en este caso son de 2018, excepto las de Sobrepeso y Obesidad que son de 2014) y a Mortalidad (aparición de casos de muerte por diferentes causas en una población en un período, que en este estudio es de 2017).

El indicador utilizado es Razón Estandarizada de Mortalidad suavizada (REMs) presenta el riesgo de padecer una enfermedad, respecto al conjunto de Aragón que se toma como comparación y se le da el valor 100. Así, un valor de 110 indica un 10% más de riesgo de padecer esa enfermedad que la media de Aragón, y un valor de 85, un 15% menos de riesgo.

Las cifras de Sobrepeso, Obesidad, Hipertensión y Diabetes son inferiores a la media de Aragón.
El Cáncer es un importante problema de Salud Pública debido a su magnitud, medida por su incidencia, prevalencia, mortalidad y años potenciales de vida perdidos. En nuestra zona los datos están en torno a la media de Aragón.
Los Accidentes Cerebrovasculares (ACV) se producen por falta de riego sanguíneo en el cerebro, lo que afecta a sus funciones de manera transitoria o permanente. Son la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres. En nuestra zona estamos por debajo de la media de Aragón.
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un trastorno importante por su elevada frecuencia, los costes sociales y económicos que conlleva y la mortalidad que causa. Es de destacar que el grupo de población más afectado de nuestra zona, es el de mujeres en Ruiseñores, no superando la media de Aragón.
La depresión es un importante problema de salud y es de destacar que supera a la media de Aragón. La incidencia en hombres es alta, tanto en Miraflores 18,62%, como en Ruiseñores 5,34%. Las mujeres en Miraflores igualan a la media en Aragón y en Ruiseñores con un 10,87% están por debajo.
La demencia se trata de un cuadro asociado fundamentalmente a la edad, afecta sobre todo a personas por encima de 65 años y es una de las principales causas de incapacidad en la vejez. En nuestra zona todos los datos están por debajo de la media de Aragón.
La cirrosis hepática es una enfermedad crónica que suele ser el final de muchas enfermedades que han causado un daño crónico en el hígado. La incidencia en nuestra zona está por debajo de la media de Aragón.
Miraflores
Ruiseñores

Hombres
Mujeres
Hombres
Mujeres
Sobrepeso
85,61
68,98
100,12
87,80
Obesidad
57,24
49,83
68,07
62,97
Sobrepeso / Obesidad
72,79
59,59
85,85

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

75,69
Hipertensión
89,87
84,47
82,75
81,54
Diabetes
77,84
58,69
80,49
67,41
Neoplasias
104,97
90,86
90,47
91,31
Accidentes Cerebrovasculares
90,69
92,82
99,74
86,31
Enferm Pulmonar Obstructiva Crónica
67,10
79,73
83,49
90,51
Depresión
118,62
100,26
105,34
89,13
Demencia
83,27
67,16
77,13
62,45
Cirrosis
77,87
73,88
85,58
79,95

DATOS DE MORBILIDAD EN ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS.

Las enfermedades de trasmisión alimentaria son aquellas que se transmiten por consumo de alimentos o agua, que se han contaminado por algún microorganismo, químico o toxina en algún momento de su procesamiento o preparación.
Las enfermedades de transmisión respiratoria son aquellas que se transmiten por las gotículas que se expulsan al respirar, toser o estornudar. Destaca el dato de Mujeres en Ruiseñores con 51,31% y el de hombres en Miraflores un 42,15% más que la media en Aragón.
Miraflores
Ruiseñores

Hombres
Mujeres
Hombres
Mujeres
Enfermedades de Trasmisión Alimentaria
78,98
78,66
83,07
61,64
Enfermedades de Trasmisión Respiratoria
142,15
105,97
126,45
151,31
2.2 MORTALIDAD

La mortalidad es un indicador demográfico que señala el número de defunciones en una población. De manera indirecta informa sobre el estado de salud de la misma.
Los tumores malignos son un importante problema de salud por el alto número de casos y ser una de las primeras causas de muerte, responsables de gran cantidad de años potenciales de vida perdidos, además de importantes costes humanos y materiales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

Los tumores colorrectales son más frecuentes en las edades más avanzadas.
El tumor maligno de mama es el 2º tumor que causó mayor mortalidad en las mujeres después del colorrectal.
El tumor maligno broncopulmonar es la causa más frecuente de muerte en hombres.
Las enfermedades del sistema circulatorio han sido la causa más frecuente de muerte para el total de la población y en mujeres.
La mortalidad por enfermedad cerebrovascular presenta un claro descenso en la última década.
En Aragón en 2016, las enfermedades del sistema respiratorio ocupan el tercer lugar como gran grupo de causas de muerte.
Las enfermedades digestivas fueron en conjunto la sexta causa de mortalidad en 2016.
Y la mortalidad por causas externas hace referencia a aquellas muertes ocasionadas por accidentes, violencia, envenenamientos y otros efectos adversos. Pueden ser intencionales como el suicidio y el homicidio, o no intencionales como los accidentes.

Miraflores
Ruiseñores

Hombres
Mujeres
Hombres
Mujeres
Tumor Maligno
95,71
104,92
97,38
105,41
Tumor Colorrectal
106,22
78,50
91,07
109,58
Tumor de Mama en Mujeres

90,98

103,32
Tumor de Pulmón en Hombres
96,64

91,24

Circulatorio
88,60
92,65
93,77
96,76
Cerebrovascular
85,90
91,47
85,60
100,26
Respiratorio
95,25
99,03
98,62
96,49
Digestivo
100,09
89,23
91,58
89,79
Causas Externas
83,91
93,48
89,31
75,11

3. RECURSOS COMUNITARIOS

3.1 CENTRO DE SALUD JOSE RAMÓN MUÑOZ FERNANDEZ

El Centro de Salud realiza actividades recogidas en la Agenda de Comunitaria.
Está formado por dos Equipos de Salud Miraflores y Ruiseñores, además de personal y unidades especializadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

(Organigrama, ver Anexo 3)

3.2 CONSEJO DE SALUD DE RUISEÑORES

Es un órgano multidisciplinar de participación, que tiene reuniones periódicas donde se tratan temas que interesan a la comunidad. Componentes (ver Anexo 4)

3.3 SERVICIOS A PERSONAS MAYORES

Públicos: -Centro de convivencia para mayores Laín Entralgo
-Hogar de la Tercera Edad San José de Calasanz
Privados: Club Cultural 33, Club de ancianos Parroquia Sagrado Corazón, Club de jubilados de San Juan de la Cruz, Club de la Tercera Edad Nuestros Mayores, Hogar de Ancianos Santa Rita

RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA

Pocas residencias se localizan dentro de nuestra zona de acción. En 2017 en Zaragoza había 184 residencias, de las cuales 39 con más de 100 plazas, 56 de 50 a 99 plazas, 59 de 25 a 49 plazas y 30 de menos de 25 plazas.
De todas ellas, 140 son privadas, con 8964 plazas, constituyendo el 72,4% de carácter privado y el 43% carácter público.

3.4 CENTROS CULTURALES, EQUIPAMIENTOS, PROGRAMAS Y PROYECTOS SOCIALES (Ver Anexo 5)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1ª Parte Diagnóstico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Falta 2ª Parte

7. OBSERVACIONES.
Sería necesario poder adjuntar el archivo con el documento, ya que no deja insertar tablas y gráficas.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/835 ========== ***

Nº de registro: 0835

Título
"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

Autores:
PASCUAL RUBIO MARIA OLGA, GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA ANGELES, MARTINEZ HERVAS AZUCENA, DEL CASTILLO ALONSO CONCHITA, ARENAZ CAJAL CARMEN, MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI, ARCE FLORES AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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
Consideramos que realizar el Diagnóstico de Salud de una Comunidad
permite conocer su territorio, factores sanitarios, no sanitarios, necesidades y recursos que la población considera que determinan su Salud. Solo sabiendo de donde partimos, podremos avanzar hacia la mejora de la calidad de vida de nuestra comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo General:
Elaborar el diagnóstico de salud de la zona Sagasta Ruiseñores - Miraflores, el cual luego nos permita realizar proyectos enfocados a las necesidades detectadas, que mejoren la calidad de salud de la comunidad.
La finalidad de este informe es constituir una herramienta de trabajo dinámica que a través de reuniones y actividades de participación, constituya un documento de trabajo útil para los miembros de la comunidad y que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

permita aumentar el conocimiento de ella y generar ideas nuevas para compartirlas y avanzar juntos.

Objetivos específicos:
-Conocer las características territoriales, sociodemográficas y del servicio sanitario de nuestra zona.
-Recopilar los recursos comunitarios existentes.
-Especificar las patologías más prevalentes de nuestra población.
-Identificar de forma participativa, los determinantes y problemas que influyen en la salud de nuestra comunidad.
-Establecer vínculos entre las distintas asociaciones y entidades del ámbito sociosanitario.

MÉTODO
-Primera etapa:
Realizaremos una recopilación Cuantitativa Descriptiva, que nos permita conocer, la evolución histórica, las características geográficas, sociodemográficas, laborales y sanitarias (morbilidad, mortalidad, motivos principales de asistencia en consulta, accesibilidad a los diferentes trabajadores del centro de salud, etc), la tipología de viviendas-edificios y los recursos comunitarios. Para ello utilizaremos registros y bases de datos de diferentes organismos públicos, estudios publicados y testimonios de personas clave.

-Segunda etapa:
1-Realizaremos un estudio Descriptivo Cualitativo mediante investigación-acción participativa a través del Consejo de Salud, grupos focales e informantes clave, así como del uso de encuestas, que nos servirán para identificar los determinantes y problemas de salud de la zona.

2-Haremos una distribución por edades de la población con la que vamos a trabajar en tres tramos:
-Infanto - Juvenil <18 años,
-Edad Adulta de 18 a 65 años
-Edad Madura >65 años

3-Clasificaremos los determinantes de salud en siete categorías:
Territorial, Medioambiental, Social, Educativa, Cultural, Económica y Sanitaria.

INDICADORES
Conseguir detectar necesidades y/o problemas en un Estándar 20 – 30, en el total de las categorías anteriormente definidas.

DURACIÓN
-De Marzo a Junio de 2019. Realización del estudio Descriptivo Cuantitativo.
-De Junio a Septiembre 2019. Preparación de encuestas y toma de contacto con grupos.
-Del 1 de septiembre al 31 de Diciembre. Realización del estudio Descriptivo Cualitativo.
-Enero y Febrero de 2020. Elaboración de la Memoria del Proyecto para su presentación.
-Duración de la elaboración del Proyecto un año.
Presentación del Proyecto al equipo en Mayo 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 - 2019/1025

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAGASTA RUISEÑORES

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PEDRO ANTONIO LUNA RODRIGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IZQUIERDO CLEMENTE CARLOS
PEIRO MURILLO BEATRIZ
MATEO DE LAS HERAS ESTHER CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.
El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.
Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.
Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.
En el EAP Sagasta-Ruiseñores, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:
1. Sesiones formativas:
-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.
-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo tres sesiones formativas en el Centro de Salud:
- Abordaje de infecciones respiratorias: 27/03/2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: 10/07/2019
- Revisión clínica de uso de cefalosporinas de tercera generación: 07/11/2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información en qué situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas.
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos
-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1025

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAGASTA RUISEÑORES

podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.
- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos
En el EAP hemos dado 3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.
Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.
El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.
2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
• En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.
En cuanto a resultados:
o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 9,7, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre 2018: 10,67).
o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación. En diciembre 2018 el valor era 4%, siendo en diciembre 2019 de 4%
% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos: 4%
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.
3.Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
• El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron 64,77% y 16,46% respectivamente.

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 59,31% y 15,80% respectivamente.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La revisión de los datos de consumo ha permitido identificar asimetrías importantes en la cantidad de prescripciones entre los diferentes profesionales. La desviación es más significativa en pocos prescriptores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1025

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAGASTA RUISEÑORES

lo que puede permitir focalizar los esfuerzos formativos y de revisión de casos.
Es necesario no solo que la información llegue a los profesionales sino asegurar que conocen y entienden el significado de los datos.
La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.
Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que se apliquen los mismos criterios en todos los puntos asistenciales. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.
Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.
Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.
Consideramos necesario prolongar en el tiempo los objetivos de este plan para incidir en los problemas detectados en nuestro centro de trabajo.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1025 ========== ***

Nº de registro: 1025

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAGASTA RUISEÑORES

Autores:
LUNA RODRIGO PEDRO ANTONIO, IZQUIERDO CLEMENTE CARLOS, PEIRO MURILLO BEATRIZ, MATEO DE LAS HERAS ESTHER CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública mundial. Este problema se ve agravado en España donde las tasas de resistencias son muy elevadas.
El uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales factores causantes del problema. España es uno de los países con un mayor consumo (DHD receta oficial 16,17) y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria (AP), suponiendo una DHD de 15,11.
En la 20ª edición del listado de medicamentos esenciales de la OMS, los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados. Los antibióticos supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas, las cefalosporinas de 3ª generación, así como los macrólidos.
La práctica clínica del médico de AP tiene unas características que condicionan la indicación del uso de ATB y su adecuación: incertidumbre diagnóstica, carga de trabajo, empirismo de los tratamientos, expectativas de los pacientes, etc. Pero existen recomendaciones para la práctica clínica eficaces en la reducción del consumo de antibióticos, como la optimización de la información clínica, uso de métodos de diagnóstico rápido, elección correcta del ATB, prescripción diferida, etc
A nivel autonómico el programa IRASPROA está impulsando y ofertando diferentes acciones en esta línea.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1025

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAGASTA RUISEÑORES

Tras analizar los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP SAGASTA RUISEÑORES se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de ATB de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de 3ª generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo su uso, que en el año 2018 supuso en el equipo el 3,6 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de cefalosporinas de 3ª generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones respiratorias y otra con las infecciones urinarias, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.
Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio EAP.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de 3ª generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

- Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
  -Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

- Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
  -Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

-Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 3,6 %
Objetivo 2019: =2,0

- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
  -% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 64,77 %
Objetivo 2019: Disminuir
  -% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 16,46 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una relacionada con las infecciones respiratorias y otra con las infecciones urinarias.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de 3ª generación durante el año 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 - 2019/1496

1. TÍTULO

VACUNACIÓN INFANTIL: CÓMO PREVENIR Y EVITAR LOS ERRORES MÁS FRECUENTES

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GOMEZ BORAO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIOS MARTINEZ AINARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En julio de 2019 se diseñó un póster con el calendario de vacunación infantil actual y se colocó al lado de la nevera donde se guardan las vacunas destinadas exclusivamente para pediatría.
En julio de 2018 se elaboró una encuesta de conocimientos sobre vacunas que se pasaba el día de llegada y volvían a contestar el último día. Las preguntas eran exactamente iguales para que las personas que recibían la formación fueran conscientes de lo que habían aprendido.
Durante el periodo de aprendizaje, a las nuevas enfermeras se les enseñaba a:
Registrar adecuadamente las vacunas en OMI y en la cartilla de vacunación.
Leer la temperatura de la nevera y su registro en la gráfica.
Administrar correctamente la vacuna correspondiente y de la forma menos dolorosa según la edad del niño.
De Julio a Septiembre de 2019 se realiza la formación de acogida a las nuevas enfermeras y evaluación de la adquisición de conocimientos y competencias.
Los resultados del proyecto se comunicó al resto de profesionales en la reunión de calidad del 20 de enero del 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- El porcentaje de niños con calendario de primovacunación correcto en los cupos de los pediatras de la mañana fue:
En enero de 2019: 96,88%
En enero de 2020: 98,08%
El estándar marcado era subir 2 puntos. Aunque se ha mejorado no se ha conseguido.
2- Sobre la evaluación de los conocimientos adquiridos durante la intervención se hizo mediante una encuesta pre y post formación.
La intervención se hizo a enfermeras con contrato eventual, EIR de pediatría y estudiantes de enfermería por un periodo de 18 meses. Se obtuvieron un total de 30 encuestas.
El estándar propuesto era que mejorasen el 80-85% de los profesionales en sus conocimientos y el estándar alcanzado ha sido del 100% en las encuestas pre – post realizadas a los profesionales.
3- Reducción en el número de incidencias. Es estándar previsto era de < 5 al año. Y los errores detectados fueron 3 (una vacuna inadecuada cervarix en vez de gardasil, una niña a la que se le administró el disolvente pero no el soluto, niña con numero inadecuado de dosis para su edad debido a que procedía de Suiza). Fuente: hoja de registro de incidencias.
4- Porcentaje de días en que no se registra la temperatura de la nevera fue 1 y el estándar marcado era menos de 3 veces al año. Fuente: gráfica de registro de la temperatura de la nevera.
5- Porcentaje de días en que la temperatura no ha estado entre 2 y 8º C ha superado el estándar propuesto menos 3 veces al año. Fuente: gráfica de registro de la temperatura de la nevera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora es que nuestro principal objetivo que era aumentar el conocimiento de los estudiantes, EIR y enfermeras eventuales se ha conseguido.
También creemos que se ha reducido el número de errores en la administración de las vacunas. Es una percepción subjetiva ya que no tenemos registro de errores de años anteriores.
Sobre el mantenimiento del rango de la temperatura de la nevera, es difícil de conseguir cuando hay personal nuevo….
En la mejora del resultado de niños con primovaciunación correcta, quizá la subida de 2 puntos fue un estándar demasiado ambicioso, no había tanto margen de mejora en los cupos sobre los que se actuó.
El proyecto es sostenible y fácil de replicar porque el póster ya está hecho y colocado junto a la nevera, la encuesta de conocimiento pre y post también está diseñada y además gusta a los estudiantes porque les hace ser conscientes de lo que han aprendido.
Por ultimo hacer una hoja de incidencias también es sencillo, lo difícil es darse cuenta de los errores.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1496 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1496

1. TÍTULO

VACUNACIÓN INFANTIL: CÓMO PREVENIR Y EVITAR LOS ERRORES MÁS FRECUENTES

Nº de registro: 1496

Título
VACUNACION INFANTIL: COMO PREVENIR Y EVITAR LOS ERRORES MAS FRECUENTES

Autores:
GOMEZ BORAO MERCEDES, RIOS MARTINEZ AINARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: VACUNACION EN NIÑOS DE 0 A 14 AÑOS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
A lo largo del año realizan sustituciones en las consultas de pediatría del centro distintos profesionales de enfermería. Algunos de ellos no están familiarizados con el calendario de vacunación infantil y carecen de formación en pediatría. Este hecho provoca errores en:
El registro inadecuado de las vacunas en OMI.
No se respetan intervalos mínimos entre dosis de una misma vacuna.
Incorrecta adaptación de los calendarios vacunales infantiles anteriores al actual.
De manera puntual, ausencia del registro diario de temperatura de la nevera de vacunas.
Utilizan una técnica de administración de vacunas más dolorosa como pinchar en la camilla, aspirar, no ofrecer lactancia materna durante la vacunación, etc .
Las consecuencias son:
Disminución del indicador de cobertura vacunal durante los periodos de sustitución.
Administración de una dosis adicional cuando no se respetan los intervalos mínimos.
Niños con un número de dosis inadecuado para su edad y por lo tanto calendarios incompletos..
Sobre la técnica de administración de vacunas, se produce mayor dolor al niño.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Aumentar la cobertura vacunal mediante la mejora del registro.
2. Aumentar los conocimientos en vacunación infantil de los profesionales de nueva incorporación, evitando errores en los intervalos mínimos entre dosis de la misma vacuna y conseguir calendarios vacunales acordes tanto en el número de dosis como de vacunas adecuadas para su edad.
3. Mejorar la técnica en la administración de vacunas siguiendo las recomendaciones de la OMS : agitar bien, no quitar el aire (dejar burbuja), elegir el lugar de inyección (si no camina tercio medio de vasto externo y si camina deltoides), elegir la aguja adecuada, limpiar con suero fisiológico, utilizar una técnica de inyección rápida y sin aspirar, retirada rápida de la aguja y esperar media hora.
4. Mantener el registro diario adecuado de la temperatura de la nevera antes de comenzar la jornada.

MÉTODO
- Creación de un póster: Las enfermeras de pediatría (Mercedes Gómez Borao Y Ainara Ríos Martínez EIR) del Centro de Salud Sagasta-Ruiseñores elaborarán un cartel informativo del calendario vacunal actual, que será colocado junto a la nevera, donde se mencionarán las vacunas que se deben administrar según la edad del paciente, nombres comerciales de cada vacuna y fotografía de la caja para evitar confusión, indicaciones, efectos secundarios, vía de administración, lugar anatómico, aguja adecuada y recomendaciones de la OMS sobre la realización correcta de la técnica de vacunación y conservación de las vacunas.

- La responsable del proyecto facilitara a las enfermeras de nueva incorporación una formación práctica para el aprendizaje sobre la administración de las vacunas. Para ello se les acompañará en la administración de 10 vacunas. Se creará una hoja Excel para registrar la adquisición de competencias técnicas e incidencias.
Se enseñara el registro adecuado de vacunas.
Lectura y registro de la temperatura de la nevera.

INDICADORES
1. % de niños con calendario de primovacunación correcto. Fuente de datos: cuadro de mando del contrato de gestión. Estándar: subida de 2 puntos en la puntuación anual.
2. - Evaluación de los conocimientos adquiridos mediante una encuesta que se pasará al inicio y al final del contrato. % de Profesionales que han mejorado sus conocimientos tras la intervención.
Estándar: entre 80- 85 % de profesionales con mejoría en la puntuación del test.
3. Reducción del número de incidencias relacionadas con la administración de vacunas considerándose como incidencias: no respetar intervalos mínimos, error al administrar la vacuna adecuada o niños con número

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1496

1. TÍTULO

VACUNACIÓN INFANTIL: CÓMO PREVENIR Y EVITAR LOS ERRORES MÁS FRECUENTES

inadecuado de dosis para su edad. Se creará una hoja de registro de incidencias. Estándar: <5 incidencias al año.
4- % de días sustituidos en los que no se registra la temperatura de la nevera. Estándar: <3 veces/año.
% de días que la temperatura no está entre 2 y 8ºC. Estándar:<3 veces /año.

DURACIÓN
Julio de 2019: Elaboración del cartel informativo por ambas enfermeras.
Julio de 2019: Colocación del cartel junto a la nevera que contiene las vacunas.
Julio-Septiembre 2019: Formación de acogida a las nuevas enfermeras y evaluación de la adquisición de conocimientos y competencias
De julio de 2018 hasta diciembre de 2019: Recogida de encuestas para valorar la utilidad del cartel y aumento de conocimientos de los profesionales. Se pasará la encuesta el primer y ultimo día de contrato.

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 - 2018/1037

1. TÍTULO

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEÓRICAS DEL CURSO DE EDUCACIÓN MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA CABEZA GUILLEN
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRATTA LINARES ROSARIO
LOPEZ PEREZ ANGELES
MARTINEZ CHUECA MARIA CARMEN
METOLA LOZA JULIA
BERNARDOS LAZARO PAULA
SANCHEZ MAINAR AMOR
MARIÑOSA ASENSIO AMELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. A lo largo del año 2.019 se mantuvo el mismo grupo de trabajo, constituido el año anterior, compuesto por 10 matronas de Atención Primaria del Sector Zaragoza II:
- CABEZA GUILLÉN, Mª ELENA
- ARRATTA LINARES, ROSARIO
- LÓPEZ PEREZ, ÁNGELES
- MARTÍNEZ CHUECA, Mª CARMEN
- METOLA LOZA, JULIA
- BERNARDOS LÁZARO, PAULA
- SANCHEZ MAINAR, AMOR
- MARIÑOSA ASENSIO, AMELIA
- VELA ÍNSA, Mª JESÚS
- SAGASTE ROMEO, TERESA

La guía actualizada de Educación Maternal se estructuró en ocho sesiones para abarcar diversos aspectos de los temas del embarazo, parto, posparto, recién nacido y crianza. El trabajo se repartió en pequeños grupos entre las 10 participantes y posteriormente cada tema fue revisado por un grupo coordinador formado por Mª Carmen Martínez, Ángeles López y Mª Elena Cabeza.
2. Se realizó una detallada revisión bibliográfica sobre todos los temas incluidos en las ocho sesiones.
Se tomó como punto de partida la guía "Educación Sanitaria Materna" del INSALUD Sector 2 y 5, editada aproximadamente 20 años, para iniciar el diseño de la nueva guía. Para su actualización se realizó una revisión bibliográfica de las siguientes fuentes: los últimos protocolos de la SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología) y guías NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sobre la asistencia al parto, posparto y el control del embarazo; las guías sobre Educación Maternal de otras comunidades autónomas; las Guías de Práctica Clínica editadas por el Ministerio de Sanidad de atención en el embarazo y puerperio, asistencia al parto, cuidados del recién nacido y lactancia; diversos manuales sobre Obstetricia y Ginecología; documentos publicados por la FAME (Federación de Asociaciones de Matronas Españolas) así como varios artículos encontrados en diversas bases de datos como PubMed, Cuiden y similares.
3. El grupo mantuvo las reuniones quincenales hasta junio de 2.019, mes en el que se finalizó la revisión y actualización del contenido de las sesiones teóricas de la guía.
4. Se han difundido vía correo electrónico al resto de matronas de Atención Primaria del Sector II los cuatro últimos temas elaborados de la guía, tal y como se hizo el año anterior.
5. A lo largo del mes de septiembre se elaboró la encuesta de satisfacción y posteriormente se realizó una sesión informativa a todas las matronas de Atención Primaria del Sector Zaragoza II para explicar su funcionamiento y establecer su distribución a lo largo del último trimestre del año así como su administración a las gestantes y sus acompañantes en la última clase de Educación Maternal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se finalizó la elaboración de las cuatro últimas sesiones que quedaban pendientes por entregar de la guía:
1ª SESIÓN: EMBARAZO I
2ª SESIÓN: EMBARAZO II
3ª SESIÓN: PARTO I
4ª SESIÓN: PARTO II

Una vez finalizada la guía y realizada su difusión, se elaboró una encuesta en función de los estudios precedentes sobre la satisfacción con la Educación Maternal y los modelos existentes validados de diversas encuestas de satisfacción. El cuestionario, de elaboración propia, se rellenaba de forma anónima, sin incluir ninguna variable sociodemográfica, y valoraba mediante preguntas cerradas la organización de las clases, los contenidos y la docencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La nueva y actualizada guía de Educación Maternal ha resultado una herramienta de trabajo útil para las matronas de Atención Primaria del Sector Zaragoza II y su implantación ha supuesto una mejora en la atención a las mujeres embarazadas y sus familias a la par de una unificación de criterios en nuestra labor asistencial.

En cuanto a la evaluación de la satisfacción de las gestantes y sus acompañantes no obtuvimos la respuesta esperada puesto que han surgido diversos factores que han ocasionado que los resultados no sean concluyentes. Los grupos de Educación Maternal son abiertos y dinámicos, por lo que la entrada y salida de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1037

1. TÍTULO

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEÓRICAS DEL CURSO DE EDUCACIÓN MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

participantes es constante. Además se produjeron numerosas bajas a lo largo del programa de clases debido al cambio de domicilio de las gestantes a otros sectores, ingresos hospitalarios o abandono de las clases por motivos laborales/personales, hechos que dificultan que concluyan el ciclo de las ocho sesiones establecidas y un buen seguimiento de las/los participantes.

Podemos concluir que la participación en las encuestas ha sido escasa por lo que el resultado no es concluyente y nos hace plantear futuras investigaciones con una metodología distinta que nos permita analizar la satisfacción percibida por las gestantes y sus acompañantes en relación con la nueva y actualizada guía de Educación Maternal y su utilidad respecto al proceso de embarazo, parto y crianza.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1037 ========== ***

Nº de registro: 1037

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

Autores:
CABEZA GUILLEN MARIA ELENA, ARRATTA LINARES ROSARIO, LOPEZ PEREZ ANGELES, MARTINEZ CHUECA MARIA CARMEN, METOLA LOZA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La educación para la salud es una poderosa herramienta con la que cuenta el profesional de Atención Primaria para la prevención y promoción de la salud. En el caso de la Educación Maternal (E.M.), las matronas somos el referente de las mujeres embarazadas y sus parejas para el acompañamiento y apoyo en un período tan especial de sus vidas como es el embarazo y el posparto.

Desde hace años se están impartiendo en todos los centros de salud de nuestro sector, clases de E.M. tomando como referencia la guía de "Educación Sanitaria Materna" editada por el Insalud hace aproximadamente 20 años. Pero con el transcurso del tiempo, las matronas hemos visto producirse grandes cambios en las estrategias de abordaje del embarazo, parto, posparto, crianza y anticoncepción, lo que hace necesario actualizar estos conocimientos para proporcionar la información necesaria a las embarazadas para que puedan sentirse seguras de sus posibilidades y tener la oportunidad de tomar decisiones sobre estos procesos favoreciendo su autonomía.

Por todo lo expuesto, vemos necesario revisar y actualizar el contenido teórico del curso de E.M., y adicionalmente dotar a los y las profesionales de herramientas renovadas para desarrollar nuestra labor diaria conforme a nuestra formación y competencias profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Informar a la gestante de los procedimientos llevados a cabo en el control y seguimiento del embarazo.
2. Proporcionar conocimientos actualizados a la embarazada sobre las nuevas técnicas asistenciales en el parto y en el manejo no farmacológico del dolor.
3. Favorecer el desarrollo de modelos de crianza que fomenten la corresponsabilidad y la coeducación.
4. Difundir los métodos anticonceptivos y su manejo de acuerdo a las nuevas estrategias del Programa de Atención Anticonceptiva de Aragón.
5. Empoderar a la mujer en el manejo de su salud para conseguir una vivencia positiva de la maternidad.

MÉTODO
Designación de un grupo de trabajo compuesto por cinco matronas de Atención Primaria del Sector de Zaragoza II.
Revisión bibliográfica de diversas fuentes.
Puesta en común de forma periódica y toma de decisiones por consenso.
Presentación del proyecto a nuestras compañeras matronas del sector.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1037

1. TÍTULO

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEÓRICAS DEL CURSO DE EDUCACIÓN MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

INDICADORES
Análisis de la actualización del contenido de las sesiones teóricas del curso de educación maternal.
* Estándar: valoración de la satisfacción de las gestantes y sus acompañantes que asistan a las sesiones (encuesta de satisfacción).
Guía informativa actualizada y elaborada de educación maternal.
* Estándar: SI/NO

DURACIÓN
Puesta en común de la información recopilada por cada componente del grupo en reuniones mensuales de dos horas de duración, durante los meses de enero a mayo de 2.018.
Presentación del proyecto a las compañeras en una única sesión en junio de 2.018.
Implementación del proyecto en el mes de septiembre de 2.018 mediante ciclos de ocho sesiones semanales de dos horas y media de duración, con intención de mantener su continuidad en el tiempo.

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 - 2019/0153

1. TÍTULO

ORIENTACION-FORMACION EN CUIDADOS, SOPORTE EMOCIONAL E INFORMACION DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS A CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES Y POBLACION EN GENERAL

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ..... FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ FERRERUELA LAURA
LOPEZ COSCOJUELA JAVIER
BECERRIL GERMAN CARMEN
DOMINGO PASCUAL CONCEPCION
LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU
NAVARRO SALDAÑA LUISA
QUIRCE SANCHEZ SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CINCO SESIONES REFERENTES A CUIDAR A OTRA PERSONA Y FACTORES RELACIONADOS, ASPECTOS Y MOTIVOS DEL CUIDADO, AYUDA Y PROMOCIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ...APREDER ACUIDARSE, RECURSOS SOCIALES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
AUMENTO DEL APOYO A LOS CUIDADORES Y PACIENTES DEPENDIENTES. AUMENTO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS SOCIOSANITARIOS A LAS PERSONAS DEPENDIENTES. CONTINUIDAD DE CUIDADOS POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE OBSERVA MENOR INCIDENCIA EN LA APARICIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN. MEJORA EN LAS RELACIONES DE LOS CUIDADORES CON LOS PROFESIONALES DEN CENTRO DE SALUD.
LOS PARCICIPANTES MANIFIESTAN UN ALTO NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LAS ACTIVIDADES.

7. OBSERVACIONES.
ESTE AÑO HA COSTADO MAS CONFORMAR EL GRUPO DADO QUE HAN APARECIDO OFERTAR DE ACTIVIDADES SIMILARES EN CENTROS DE DÍA Y CENTROS DE TERCERA EDAD DE LA ZONA

*** ========== Resumen del proyecto 2019/153 ========== ***

Nº de registro: 0153

Título
ORIENTACION-FORMACION EN CUIDADOS, SOPORTE EMOCIONAL E INFORMACION DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS A CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES Y POBLACION EN GENERAL

Autores:
BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD, GOMEZ FERRERUELA LAURA, LOPEZ COSCOJUELA JAVIER, BECERRIL GERMAN CARMEN, DOMINGO PASCUAL CONCEPCION, LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU, NAVARRO SALDAÑA LUISA, QUIRCE SANCHEZ SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dependiente/pluripatologias
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la Calidad de vida

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

PROBLEMA
La Educación par la Salud y la atención cumunitaria es un pilar fundamental dentro de la Atención Primaria, formando parte de su cartera de servicios.
Cada vez más, la población en general demanda una atención comunitaria desde la prerspectiva de la prevención y la promoción de la salud.
La creación de una agenda comunitaria dará visibilidad a las distintas acciones e iniciativa que se realizan por distintos profesionales, ayuda a fomientar la participación ciudadana en temas de salud y a generar entornos y estilos de vida saludables.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0153

1. TÍTULO

ORIENTACION-FORMACION EN CUIDADOS, SOPORTE EMOCIONAL E INFORMACION DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS A CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES Y POBLACION EN GENERAL

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.
Mejorar la calidad de los cuidadores
Hacer una utilización racional de los recursos sociosanitarios

MÉTODO
Se realizaran seis sesiones formativas por medio de talleres desde febrero a junio de 2019

INDICADORES
Aumento de los conocimientos y habilidades en el cuidado.
Que la satisfacción de los asistentes a los talleres este en un valor de 4 sobre 5 (se mide por medio de encuestas al inicio y final de la actividad)

DURACIÓN
Febrero -junio 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 - 2019/0597

1. TÍTULO

TALLERES DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDOS A LA POBLACION DE SAN JOSE NORTE Y CENTRO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ROCIO MORENO MARQUEZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRES REMIREZ MARTIN
RODRIGUEZ MARCO ELENA
RODRIGUEZ ELENA LORENA
ALCOBER PEREZ CARLOS
GONZALEZ PEREZ ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante mayo y junio se crea un grupo de trabajo encargado de poner en marcha el proyecto. Se decide población diana (personas entre 18-65 años pertenecientes al barrio de San José), contenido de los talleres, ideas claves y objetivos a alcanzar tras su realización. Se elaboró una encuesta de satisfacción (10 preguntas) para que los participantes rellenaran a la finalización de los talleres.
Durante julio y agosto se hace difusión de los talleres mediante carteles en el Centro de Salud, informando a los pacientes en la propia consulta, carteles en lugares estratégicos del barrio y difusión a través de redes sociales.
Entre los meses de septiembre y octubre se llevan a cabo en el Centro de Salud 8 talleres con frecuencia semanal. Para su realización se utilizaron 3 maniquíes (un adulto, un escolar y un lactante) y el DEA disponible en el Centro de Salud. Sobre una pizarra se escribía, explicaba y practicaba el algoritmo básico. El contenido de los talleres se basó en las últimas recomendaciones de la AHA.
Ampliación de los talleres a noviembre, diciembre y enero debido a la demanda generada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras haber impartido el taller durante los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre el resultado que se ha obtenido ha sido muy positivo, por lo que se decide realizar dos talleres más en enero. Se han llevado a cabo los objetivos planteados, resaltando la importancia de detectar precozmente una parada cardiorrespiratoria y cómo actuar ante ella.
En cada taller estuvieron de 2 a 5 residentes MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, pertenecientes al Centro de Salud San José Norte y Centro.
Los indicadores de evaluación y los resultados obtenidos han sido los siguientes:
A.-Grado de satisfacción de los participantes valorado mediante una encuesta compuesta de 10 preguntas con una escala del 1 al 5 de tipo ascendente. Objetivo > 4

En las encuestas entregadas en los talleres se han obtenido una media de >4.8/5 (>97.5%) de satisfacción.

B.-Porcentaje de asistentes: Nº de asistentes / Nº asistentes previstos. Objetivo >80%

66 asistentes en total/ 80 asistentes previstos en el total: 82.5% de asistencia.

C.-Porcentaje de técnica adecuada: porcentaje de asistentes que realizan las maniobras de forma correcta / total de participantes. Objetivo >90%

Todos los participantes han podido practicar las técnicas y maniobras impartidas con buen resultado final, siendo prácticamente el 100% de ellos los que la han realizado de forma correcta.

D.- Número de reuniones previas del equipo organizativo: actas de las 4 reuniones que se realizaron. Objetivo: los 4 responsables asistir al 75% de las reuniones.

Finalmente los responsables organizadores asistieron al 68.75% de las reuniones celebradas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El tema del taller que hemos realizado era un tema que nos motivaba al equipo encargado y que veíamos necesario para dar a conocer a la población de nuestro barrio, debido a la importancia de identificar una parada cardiorrespiratoria por la gravedad de la situación.
Con los resultados obtenidos tras la realización del proyecto, se puede concluir que la población del barrio de San José tiene interés y se muestra receptiva a recibir formación sobre la RCP.

El acceso a estos talleres debería ser universal por la importancia que tiene saber realizar correctamente las maniobras de RCP.
Debido a la demanda, por la población interesada en RCP, y a la buena experiencia, tanto de los docentes como de los participantes, se tiene intención de seguir impartiéndolos en el futuro. Por ello, se preservará este tipo de acción comunitaria en el tiempo.
La aplicabilidad de este proyecto puede reproducirse en otros centros de salud. Por tanto, se pueden poner en práctica estos talleres en los distintos barrios de Zaragoza para que todas las personas, sanitarias o no, puedan reconocer una parada, actuar ante ella y así salvar una vida.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0597

1. TÍTULO

TALLERES DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDOS A LA POBLACION DE SAN JOSE NORTE Y CENTRO

7. OBSERVACIONES.
El desarrollo del taller en general ha sido satisfactorio. La mayor dificultad que se ha encontrado ha sido la difusión de los talleres, puesto que en las consultas la mayor parte de los usuarios son de edad avanzada que no serían capaces de hacer estas técnicas o que no tenían interés para aprender sobre ellas, por lo que se tuvo que recurrir a redes sociales y a otros medios (carteles y folletos pegados en las puertas, paredes del centro de salud y en comercios del barrio) para dar a conocer estos talleres no solo a la población usuaria del centro sino también al resto de vecinos del barrio.
Otro aspecto negativo encontrado fue la falta de asistencia a los talleres tras haber hecho reserva de plaza. Para solventarlo se llamaba por teléfono a los participantes los días previos para recordarles el taller.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/597 ========== ***

Nº de registro: 0597

Título
TALLERES DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDOS A LA POBLACION DE SAN JOSE NORTE Y CENTRO

Autores:
MORENO MARQUEZ ROCIO, TORRES REMIREZ MARTIN, RODRIGUEZ MARCO ELENA, RODRIGUEZ ELENA LORENA, ALCOBER PEREZ CARLOS, GONZALEZ PEREZ ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

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

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

PROBLEMA
Desde los equipos de atención primaria de San José Norte y San José Centro se planea impartir a la población de la ZBS, talleres teórico-prácticos sobre reanimación cardiopulmonar básica, uso de desfibrilador externo automático (DEA) y primeros auxilios.
La idea principal es proporcionar conocimientos y habilidades básicas necesarias para identificar una situación de emergencia y realizar una primera asistencia, ya que el inicio precoz de las maniobras de reanimación pulmonar está ligado a una mayor supervivencia y mejor pronóstico en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar conocimientos anatómicos básicos.
- Reconocer con rapidez situaciones de emergencia
- Enseñar protocolo adecuado de actuación
- Entrenar maniobras de RCP básicas y uso de DEA.
- Entrenar en maniobras para socorrer un atragantamiento.
- Resaltar importancia del trabajo en equipo para mejorar el pronóstico y supervivencia.

MÉTODO
- Creación grupo de trabajo con personal sanitario del centro.
- Determinar población diana.
- Establecer objetivos docentes.
- Elaborar contenido teórico y práctico para impartirlo en cada taller.
- Conseguir recursos materiales necesarios para el desarrollo del taller.
- Estudio de resultados con encuesta de satisfacción.

INDICADORES
- Grado de satisfacción de los participantes valorado mediante una encuesta con una escala del 1 al 5. Objetivo > 4
- Porcentaje de asistentes: Nº de asistentes / Nº asistentes previstos. Objetivo >80%
- Porcentaje de técnica adecuada: porcentaje de asistentes que realizan las maniobras de forma correcta / total de participantes. Objetivo >90%

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0597

1. TÍTULO

TALLERES DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDOS A LA POBLACION DE SAN JOSE NORTE Y CENTRO

- Mayo 2019: creación equipo de trabajo y planteamiento del proyecto.
- Julio 2019: revisión bibliografía y determinación de los objetivos.
- Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre: Impartición de los talleres.
- Enero 2020: Estudio 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 - 2019/0911

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ CENTRO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR LALANA JOSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA
MORENO MARQUEZ ROCIO
HAMMONS SANCHEZ CARLOS
HERNAIZ CALVO LUIS
CELIX ARIAS LAURA
ALLUE DIESTE EVA
VILLARROYA VILLAGRASA RICARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.
El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.
Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.
Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.
En el EAP SAN JOSÉ CENTRO, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:
1. Sesiones formativas:
-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.
-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
• Abordaje de infecciones respiratorias: 9 ABRIL 2019
• Abordaje infecciones urinarias en población adulta: 24 JUNIO 2019
En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos
-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0911

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ CENTRO

antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.
- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos
En el EAP hemos dado 2 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.
Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.
El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.
2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
• En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en este proyecto. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.
En cuanto a resultados:
o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitantes día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 13,4, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 14,77).
o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación. En diciembre 2018 el valor era 3.20% siendo en diciembre 2019 de 2.7% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos:
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.
3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
• El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron 3.20%.

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 2.7%.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0911

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ CENTRO

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.
Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.
Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.
Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/911 ========== ***

Nº de registro: 0911

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSE CENTRO

Autores:
LALANA JOSA MARIA PILAR, ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, MORENO MARQUEZ ROCIO, HAMMONS SANCHEZ CARLOS ENRIQUE, HERNAIZ CALVO LUIS, CELIX ARIAS LAURA, ALLUE DIESTE EVA, VILLARROYA VILLAGRASA RICARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Optimizacion de antibioticos en infecciones urinarias y respiratorias en Atencion Primaria
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las resistencias a los antibióticos (ATB), supone un importante problema de salud pública. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países.
El uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales causantes del problema. En cuanto al consumo de ATB, España (DHD receta oficial 16,17) es uno de los países con un mayor consumo y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11.
Los antibióticos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso son las quinolonas, las cefalosporinas de tercera generación y los macrólidos.
La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB: la incertidumbre diagnóstica, la carga de trabajo, el empirismo de los tratamientos, las expectativas de los pacientes, etc. Han probado su eficacia en utilizar mejor los ATB la optimización de la información clínica, la utilización de métodos de diagnóstico rápido, la elección correcta del ATB, la prescripción diferida, la revisión periódica de las actuaciones, etc
A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea.
En el EAP SAN JOSÉ CENTRO se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 2,7 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0911

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ CENTRO

RESULTADOS ESPERADOS
• Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
• Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
• Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO
1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.
Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP

INDICADORES
• Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
o Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
• Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clinico
o Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
• Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 2,7 %
Objetivo 2019: =2,0%

• Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 59,38 %
Objetivo 2019: Disminuir

o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 22,27 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN
-Marzo-Julio: Dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 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 - 2019/0410

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA EN PACIENTES CON ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SAN JOSÉ CENTRO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... AINHOA BARTUMEUS BARTOLOME
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA
BLASCO TOMAS MARIA ISABEL
URDANIZ SANCHO JUAN
ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL
SANZ CARRILLO CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Este proyecto de mejora de la calidad asistencial fue pensado para iniciarse el mes de abril y llevarse a cabo durante 1 año. La idea era realizar dos actividades grupales durante el primer semestre del año y otra durante el segundo. El motivo de dicha planificación es la dificultad encontrada en el reclutamiento o adherencia de los pacientes a las actividades grupales desarrolladas durante el periodo estival.
- Tal y como estaba previsto durante el pasado año 2019 se llevaron a cabo 2 Grupos de entrenamiento en relajación muscular progresiva. Uno se realizó durante los meses de abril y mayo y el segundo en los meses de octubre y noviembre. La última semana del mes de enero ha dado inicio el tercer grupo que finalizará a finales del mes de marzo. El reclutamiento de los pacientes se realizó desde las consultas de psiquiatría y psicología clínica de nuestra unidad de Salud Mental de San José siendo ofertado a pacientes que reúnen los siguientes criterios: presencia de clínica ansiosa elevada a nivel fisiológico, aceptación de la participación en una terapia de grupo, compromiso de asistir de forma regular a las 8 sesiones que dura la actividad y de efectuar la práctica diaria de la técnica enseñada en su domicilio, ausencia de alguna patología orgánica que contraindique la realización de tensión muscular.
- La actividad grupal se llevó a cabo durante 8 sesiones de 1 hora de duración y de frecuencia semanal (concretamente los lunes de 13:00 a 14:00 horas). Se realizó en formato grupal en la sala multiusos del Centro de AP “San José Centro”. Como recursos humanos se requirió al personal de enfermería de la unidad y como recursos materiales una sala amplia con esterillas y sillas para los asistentes. En las instrucciones previas se les aconsejó a los pacientes el acudir con ropa cómoda para facilitar el adecuado desarrollo de la actividad.
- El contenido de las sesiones consiste en una primera sesión de presentación donde se informa del contenido y objetivo de la actividad, se ajustan expectativas de los pacientes y se presentan técnicas de respiración (torácica y diafragmática). Las sesiones restantes se centran en el aprendizaje y puesta en práctica de la Técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson. Dicha técnica consiste en adquirir la habilidad de tensar y relajar los distintos grupos musculares. Se empieza por 16 grupos musculares y progresivamente se van reduciendo hasta llegar a 4. Tiene por objetivo que el paciente sea capaz de discriminar los estados de tensión y relajación, tal y como aparecen en la vida diaria, y de ser capaz de mostrar un mejor manejo de los mismos al poder aplicar la relajación muscular de forma voluntaria. Esto le permite tener una mayor seguridad y sensación de control, contrarrestando de este modo la base de los trastornos de ansiedad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- En los dos grupos realizados durante el año 2019 fueron derivados un total de 22 pacientes (10 y 11 respectivamente). Para el grupo que se acaba de iniciar se cuenta con 7 personas. De los 21 pacientes reclutados para los grupos del 2019, 13 consiguieron adherirse a la actividad (asistencia a 4 o más sesiones), 2 no llegaron a iniciarla y 6 la abandonaron antes de su finalización. El motivo de los abandonos se debió a: cuestiones psicosociales (1), descompensación de su psicopatología de base (4) y empeoramiento de patología orgánica (1).
- Uno de los objetivos planteados en el proyecto consistía en comprobar el efecto de la práctica regular de la Técnica de RMP en la mejora de la salud física, en concreto en la tensión arterial. Para ello decidimos seleccionar, de entre los pacientes incluidos en el proyecto, aquéllos que tenían un diagnóstico de Hipertensión Arterial y comprobar las variaciones que se habían producido en dicha medida al finalizar el mismo. Para valorar dicha variable recogimos la información registrada en el OMI a través de los controles efectuados desde el equipo de AP de referencia. Finalmente esta variable no pudo ser valorada ya que de los 21 pacientes seleccionados los dos únicos que presentaban un diagnóstico de Hipertensión Arterial no llegaron a completar con éxito la actividad (1 no incorporación y 1 abandono).
- Otro de los indicadores de evaluación se centró en la percepción de los pacientes con dicha actividad. A aquellos que se adhirieron a la misma se les realizó meses después de su finalización una encuesta de satisfacción y del grado de eficacia de la técnica aprendida para reducir la ansiedad. Dicha valoración consistió en una escala tipo Likert (1. Nada satisfecho 2. Poco satisfecho 3. Bastante satisfecho 4. Muy satisfecho; 1. Nada eficaz 2. Poco eficaz 3. Bastante eficaz 4. Muy eficaz). De las 13 personas que se adhirieron al proyecto se 11 contestaron a dicha encuesta de valoración no pudiendo contactar con dos de ellas. El grado de satisfacción con la actividad realizada fue muy elevada (media: 3,8), siendo ligeramente inferior el grado de eficacia percibida (media: 3,05).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0410

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA EN PACIENTES CON ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SAN JOSÉ CENTRO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Consideramos que sería pertinente mantener de forma regular la realización de un Taller de Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva (RMP) ya que se trata de un recurso valorado de forma muy satisfactoria por los pacientes.
- Una de las principales limitaciones que planteaban desde el punto de vista de la técnica enseñada se relacionaba con la dificultad de generalización y de mantener a lo largo del tiempo la práctica de dicha técnica de forma habitual en su rutina diaria. Consideramos que una opción de mejora de dicho aspecto podría relacionarse con la realización de grupos de recuerdo.
- Uno de los objetivos que nos planteamos con el desarrollo de dicho proyecto consistía en la valoración de la repercusión que la práctica habitual de la RMP tenía en alteraciones fisiológicas como la tensión arterial. El criterio de cuantificar dicha medida exclusivamente en los pacientes con diagnóstico de HTA ha impedido realizar una valoración de dicho parámetro dada la escasez de pacientes que lo padecían (2 de los 21 incluidos). Como posible solución a dicho problema nos planteamos la conveniencia de medir dicho parámetro en todas las personas asistentes a la actividad. Otra solución alternativa podría consistir en seleccionar otro parámetro como indicador del grado de repercusión de la práctica de la técnica en la salud física.

7. OBSERVACIONES.
- El cambio de personal de la unidad y las ausencias en periodos vacacionales u otros permisos ha podido influir en el desarrollo de este proyecto. Planteamos que la elaboración de un material específico podría facilitar su mejor y más adecuada implementación.
- En ocasiones resulta difícil reclutar el número mínimo de pacientes que se considera oportuno para iniciar un grupo. Planteamos que una posible solución a dicho problema podría ser proponerlo a aquellos pacientes que solicitaran la realización de grupos de recuerdo.
- Para futuras ediciones podría ser conveniente la utilización de indicadores tanto subjetivos como objetivos para valorar la eficacia de la técnica enseñada.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/410 ========== ***

Nº de registro: 0410

Título
ENTRENAMIENTO EN RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA EN PACIENTES CON ANSIEDAD E HIPERTENSION ARTERIAL Y EVALUACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO

Autores:
BARTUMEUS BARTOLOME AINHOA, FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, URDANIZ SANCHO JUAN, BLASCO TOMAS MARIA ISABEL, ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, SANZ CARRILLO CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

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

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

PROBLEMA
El entrenamiento en relajación es un conjunto de procedimientos que se dirigen concretamente a controlar y devolver
a la homeostasis.
Es conocido que la ansiedad está vinculada tanto al malestar emocional, como a diversas alteraciones fisiológicas de
amplio espectro, que abarcan desde la tensión muscular y los dolores de cabeza a los trastornos cardíacos y cáncer.
Jacobson demostró que después del entrenamiento en relajación se produce un descenso de la tasa de pulso y de la presión sanguínea y también del malestar emocional. Según describe,los procedimientos de relajación se pueden

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0410

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA EN PACIENTES CON ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SAN JOSÉ CENTRO

utilizar con un fin en sí mismos, o como parte de procedimientos más complicados.
Puede utilizarse dentro de la situación de terapia o en un medio extra-terapéutico como una respuesta que compite con las situaciones de stress y ansiedad.

RESULTADOS ESPERADOS
Se propone un proyecto de mejora que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relajarse y aplicar esta técnica
en cualquier ámbito de su vida como fin o como medio.
El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajación muscular,
aprender a discriminar la tensión y la relajación y conseguir reducir las cifras de tensión arterial.Influyendo positivamente en mejorar su calidad de vida.

MÉTODO
Se realizaran una sesión a la semana durante ocho semanas por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer y realizando la relajación todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pide que practiquen en casa una
vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda.

INDICADORES
Previamente a comenzar la relajación se cuantificaran datos de tensión arterial que se volverán a registrar al finalizar el programa. Se les pasara una escala Likert de autorregistro de nivel de ansiedad pre y postrelajación.
Al finalizar el proyecto se les repartirá un cuestionario de satisfacción.
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

DURACIÓN
El proyecto tiene una duración anual comenzando el día 1 de abril de 2019 primera sesión y finalizando previsiblemente en abril de 2020. Ocho lunes consecutivos durante media hora practica de relajación dirigida.
Al finalizar se realizará el control de tensión arterial a cada paciente y valoración de las escalas.

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 - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL PASCUAL LABORDA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANIA LOBERA ANA MARIA
GRACIA GARCIA MARIA ELENA
GRASA SORO MARIA TERESA
JORDAN PRIETO PILAR CRISTINA
LAZARO MARTINEZ CONCEPCION
MARIN LAGRABA MARIA JOSEFA
SORANDO ARRAZOLA JUANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Conscientes de la importancia de la Historia Clínica (en adelante HC) de los usuarios, dentro del sistema sanitario en el que nos encontramos, el Equipo de Admisión de éste CS se ha marcado como objetivo para los años 2016 a 2018, el control exhaustivo en las peticiones por alta o baja, así como los tiempos de respuesta.

El método utilizado desde el año 2014 (y con anterioridad, pero sin estar plasmado en un documento específico), siendo en nuestra opinión un buen sistema que nos permite seguir la ruta de la HC “física”, tanto en altas como en bajas de nuestro CS, hemos detectado gracias a la estadística del año 2016, puntos mejorables que deberían ponerse en marcha en 2017 y confirmar en 2018.

Dichas mejoras implican a todo el equipo de admisión, pero también a profesionales médicos y -por qué no- a otros equipos de admisión y áreas de dirección.

Los resultados obtenidos en las estadísticas de 2016, 2017 y 2018, deben ser matizados ya que la simple enumeración o cuantificación, también podría ofrecer una visión errónea, lo que intentaremos hacer en el capítulo de conclusiones.

El objetivo final es el control total individualizado de cada HC en cada fase del traslado, así como la mejora en el tiempo de respuesta para que dichas HC estén disponibles para los profesionales sanitarios, a la mayor brevedad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De estos resultados, habría que destacar la semejanza de resultados entre los tres periodos anuales estudiados y también el poco uso de los albaranes de entrega y recepción de HC.

En cuanto al tiempo de respuesta, casi un 60% lo hacen en un tiempo inferior a 10 días, pero consideramos que el plazo máximo debería ser inferior a 30 días, incluso para aquellas que se solicitan a otras gerencias de Aragón u otras comunidades autónomas.
Por nuestra parte, el no dejar ninguna solicitud sin respuesta, nos parece prioritario.

El no retorno de casi un centenar de albaranes, resulta un tanto desalentador, ya que si bien el acompañar con ellos las HC depende de los otros centros, el no devolver los que enviamos nosotros puede ser incluso un signo de mala educación. A éste respecto, creemos que (a pesar de haberlo hecho con anterioridad) la Dirección de Área debería recordarlo periódicamente al resto de centros, incluso de distintas áreas y comunidades autónomas.

En 2016 nos parecía que más de un 71% en el plazo de envío entre 1 – 10 días y de un 87% antes de 30 días, era un resultado adecuado, pero deberíamos tender a conseguir un porcentaje todavía mayor en dicho periodo, superior al 95%. En 2017 se consiguió más de un 97% para un periodo inferior a 10 días y más de un 99% antes de 30 días.
De las 984 historias enviadas en 2017 antes de 10 días, 835 lo hicieron en el mismo día en que nos llegó la petición y 101 al día siguiente, lo que sin duda se consideró un buen resultado, todavía mejorable en 2018.
De las 896 historias enviadas en 2018 antes de 10 días, 891 lo hicieron en el mismo día en que nos llegó la petición y cinco al día siguiente.

La correcta cumplimentación de todos los datos en el formulario de solicitud de HC, principalmente los que afectan a la identidad del usuario y al médico anterior, evitan trabajo y tiempo a quienes reciben la petición. Existiendo la posibilidad de hacerlo mediante una planilla informática, el cumplimentarlos a mano (incluso por el propio usuario) y a veces con mala letra, no ayudan precisamente a la deseada fluidez.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Conscientes de que por nuestra parte poco podemos hacer respecto a las HC que solicitamos por nuevas altas en nuestro centro, las acciones se han centrado principalmente en las HC de los pacientes que causan baja en éste CS por traslado a otros.

Hemos detectado que la mayoría de retrasos se producían por la pérdida del documento de petición, una vez

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

que se les pasa a los médicos. Bien por quedarse traspapelado o simplemente desaparecer, no son devueltos al servicio de admisión. Con ocasión de traslados o cambios de facultativos y la lógica limpieza de lo acumulado en las consultas, han aparecido peticiones que llevaban allí incluso varios meses.

El primer punto de mejora, fue el repaso sistemático de peticiones que estaban sin respuesta, después de 30 días.

En segundo lugar y tras pedir información a otros centros sobre qué circuito utilizaban para dichas peticiones, nos pareció más acertada la opción de que los médicos suscribieran un permiso para que fuera el propio servicio de admisión el que gestionase totalmente dicho envío. Para ello, se solicitó incluir éste punto en una reunión de equipo, en la que quedó aprobado.

Otro punto en el que se detectaron fallos, era que la documentación a enviar, salía mezclada con otros documentos para archivar, lo que solo se detectaba al ordenar estos, lo que a pesar de la frecuencia, no permitía hacerlo de forma diaria. Una vez logrado el cambio propuesto en el punto anterior, éste problema prácticamente ha desaparecido.

Además, se sigue evaluando la posibilidad de incluir al pie de los albaranes, una leyenda con la importancia de que dicho documento de entrega, sea cumplimentado y devuelto en forma y plazo.

Por último, recordar a todos los miembros del equipo de admisión, la correcta utilización de los registros de altas y bajas, así como consignar los datos de forma clara y ordenada.
Tomando como punto de partida los datos de 2016 y aplicando aquellos puntos de mejora propuestos para 2017 (lo que se ha producido desde el día 17 de febrero), establecer su comparación con el ejercicio anterior, siguiendo la misma fórmula y parámetros de medición.

Sin aplicar grandes cambios respecto a éste plan de actuación, se repitió el estudio en el año 2018, comparando su resultado con los dos años anteriores.
Todo ello queda plasmado en el presente documento.

7. OBSERVACIONES.
CS SAN JOSE NORTE Y CENTRO

Sería interesante el poder enviar un documento en el que se incluyeran gráficos, para un mejor análisis y comprensión.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/194 ========== ***

Nº de registro: 0194

Título
CONTROL DEL PROCESO Y MEJORA DEL TIEMPO DE RESPUESTA, EN EL TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS INTERCENTROS

Autores:
PASCUAL LABORDA MIGUEL ANGEL, ANIA LOBERA ANA MARIA , GRACIA GARCIA MARIA ELENA, GRASA SORO MARIA TERESA, JORDAN PRIETO PILAR CRISTINA, LAZARO MARTINEZ CONCEPCION, MARIN LAGRABA MARIA JOSEFA, SORANDO ARRAZOLA JUANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No patología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Manejo documentación

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

PROBLEMA
Conscientes de la importancia de la Historia Clínica (en adelante HC) de los usuarios, dentro del sistema sanitario en el que nos encontramos, el Equipo de Admisión de éste CS se ha marcado como objetivo para los años 2016-2019, el control exhaustivo en las peticiones por alta o baja, así como los tiempos de respuesta.
El método utilizado desde el año 2014 (y con anterioridad, pero sin estar plasmado en un documento específico) es en nuestra opinión un buen sistema, que nos permite seguir la ruta de la HC “física”, tanto en altas como en bajas de nuestro CS, pero hemos detectado gracias a la estadística del año 2016, puntos mejorables que se han puesto en marcha en 2017 y se confirmarán en 2018-2019.
Conscientes de que por nuestra parte poco podemos hacer respecto a las HC que solicitamos por nuevas altas en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

nuestro centro, las acciones se centrarán principalmente en las HC de los pacientes que causan baja en éste CS por traslado a otros.
Hemos detectado que la mayoría de retrasos se producen por la pérdida del documento de petición, una vez que se les pasa a los médicos. Bien por quedarse traspapelado o simplemente desaparecer, no son devueltos al servicio de admisión.
El primer punto de mejora, es el repaso sistemático de peticiones que están sin respuesta, después de 30 días. Ya se realiza desde el último trimestre de 2016.
En segundo lugar y tras pedir información a otros centros sobre qué circuito utilizan para dichas peticiones, parece más acertada la opción de que los médicos suscriban un permiso para que sea el propio servicio de admisión el que gestione totalmente dicho envío.
Con ocasión de traslados o cambios de facultativos y la lógica limpieza de lo acumulado en las consultas, han aparecido peticiones que llevaban allí incluso varios meses.
Otro punto en el que se han detectado fallos, es que la documentación a enviar, salía mezclada con otros documentos para archivar, que solo se detecta al ordenar estos, lo que a pesar de la frecuencia, no permite hacerlo de forma diaria.
La correcta cumplimentación de todos los datos en el formulario de solicitud de HC, principalmente los que afectan a la identidad del usuario y al médico anterior, evitan trabajo y tiempo a quienes reciben la petición. Existiendo la posibilidad de hacerlo mediante una planilla informática, el cumplimentarlos a mano y a veces con mala letra, no ayudan precisamente a la deseada fluidez.

RESULTADOS ESPERADOS
Un mayor control individualizado de la HC en cada fase del traslado, así como la mejora en el tiempo de respuesta para que dichas HC estén disponibles para los profesionales sanitarios (y propios usuarios), a la mayor brevedad.
Optimizar los recursos humanos y materiales, sin que impliquen una sobrecarga de trabajo para ninguna categoría profesional.
Recordar a todos los miembros del equipo de admisión, la correcta utilización de los registros de altas y bajas, así como consignar los datos de forma clara y ordenada. Ello también facilitará la posterior confección de la estadística.
Dichas mejoras implican a todo el equipo de admisión, pero también a profesionales médicos y -por qué no- a otros equipos de admisión y áreas de dirección.

MÉTODO
Reuniones de la unidad administrativa de nuestro CS con el resto de profesionales, específicas o incluyendo el tema en el orden del día de las reuniones de equipo.
Difusión entre otros Centros de Salud y oferta de los métodos seguidos por si quieren poner en marcha algo similar.

INDICADORES
7.1.- ALTAS DE PACIENTES
* Número de Historias Clínicas que hemos solicitado (100%)
* Comunican que no tienen HC física ni OMI (%)
* Anuladas, duplicadas, erróneas u otros (%)
* Recibidas en el plazo de entre 1 – 10 días (%)
* Recibidas en el plazo de entre 11 – 20 días (%)
* Recibidas en el plazo de entre 21 – 30 días (%)
* Recibidas en plazo superior a 30 días (%)
* Recibidas en plazo superior a 60 días (%)
* Sin respuesta (%)
* Acompañan albarán (%)
* Sin albarán (%)

7.2.- BAJAS DE PACIENTES
* Número de Historias Clínicas que nos han sido solicitadas (100%)
* Sin HC física ni OMI (%)
* Anuladas, duplicadas, derivadas a otros o erróneas (%)
* Enviadas en el plazo de entre 1 – 10 días (%)
* Enviadas en el plazo de entre 11 – 20 días (%)
* Enviadas en el plazo de entre 21 – 30 días (%)
* Enviadas en plazo superior a 30 días (%)
* Enviadas en plazo superior a 60 días (%)
* Sin respuesta (%)
* Albaranes emitidos (%)
* Albaranes devueltos (%)

Evaluación anual de los resultados en el periodo 2016-2017 y trimestral en el periodo 2018-2019. Los resultados obtenidos en la estadística de 2016, deben ser matizados ya que la simple enumeración o cuantificación, también podría ofrecer resultados erróneos.
Evaluación final del proyecto, memoria y exposición.

DURACIÓN
Tres años, de 2017 a 2019. Inicio en enero 2017 y finalización en marzo de 2019.
Evaluación, revisión y corrección en diciembre 2017, marzo 2018, junio 2018, septiembre 2018, diciembre 2018 y marzo 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

Conclusiones y redacción de la memoria en mayo 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 - 2019/0912

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ NORTE

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO ABANTO VIAMONTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ ELENA LORENA
PASTOR POU LAURA
GUILLEN BOBE ALBERTO
ARANDA MALLEN CARLOS ADOLFO
ARNEDO MIR ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.
El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.
Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.
Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.
En el EAP SAN JOSÉ NORTE, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:
1. Sesiones formativas:
-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.
-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
- Abordaje de infecciones respiratorias: 9 ABRIL 2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: 24 JUNIO 2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos
-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0912

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ NORTE

de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.
- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos
En el EAP hemos dado 2 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.
Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.
El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.
2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
• En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en este proyecto. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.
En cuanto a resultados:
o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitantes día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 10.5, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 11.29).
o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación. En diciembre 2018 el valor era 4.4% siendo en diciembre 2019 de 3.5% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos:
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.
3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
• El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron 4.4%.

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 3.5%.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.
Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0912

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ NORTE

hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.
Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.
Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/912 ========== ***

Nº de registro: 0912

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSE NORTE

Autores:
ABANTO VIAMONTE ANTONIO, RODRIGUEZ ELENA LORENA, PASTOR POU LAURA PILAR, GUILLEN BOBE ALBERTO, ARANDA MALLEN CARLOS ADOLFO, ARNEDO MIRO ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Optimizacion de antibioticos en infecciones respiratorias y urinarias en Atencion Primaria
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las resistencias a los antibióticos (ATB), supone un importante problema de salud pública. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países.
El uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales causantes del problema. En cuanto al consumo de ATB, España (DHD receta oficial 16,17) es uno de los países con un mayor consumo y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11.
Los antibióticos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso son las quinolonas, las cefalosporinas de tercera generación y los macrólidos.
La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB: la incertidumbre diagnóstica, la carga de trabajo, el empirismo de los tratamientos, las expectativas de los pacientes, etc. Han probado su eficacia en utilizar mejor los ATB la optimización de la información clínica, la utilización de métodos de diagnóstico rápido, la elección correcta del ATB, la prescripción diferida, la revisión periódica de las actuaciones, etc
A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea.
En el EAP SAN JOSÉ NORTE se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 3,9% de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS
- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0912

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ NORTE

• Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
• Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO
1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES
• Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
o Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
• Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clinico
o Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
• Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 3,9 %
Objetivo 2019: =2,0%

• Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 43,77 %
Objetivo 2019: Disminuir

o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 26,42 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN
-Marzo-Julio: Dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 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 - 2019/0664

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO Y FORMACIÓN DEL USUARIO EN LA "APP" SALUD INFORMA

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE FERNANDO SOLA ANTON
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TEJADA TARRAGÜEL MARIA JOSE
RUIZ GRIMA JUANA MARIA
MILLAN CORTES ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Formación en el conocimiento y aprendizaje sobre el manejo de la APP de los profesionales de Admisión.
2- Se ha dado a conocer la APP a los pacientes mediante el tríptico del Gobierno de Aragón.
3- Falicitar el PIN de la APP a los pacientes.
4- Ayudar a la instalación de la APP a personas con dificultad en el menejo de nuevas tecnologías.
5- Facilitar la obtención del PIN a las Residencias de Ancianos de la Zona Básica de Salud.
6- Registro de los PIN entregados
7- Realización de una escuesta de satisfacción a la Residencia Torrelaurel (Residencia Píloto).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados cualitativos:
1- Se ha notado una disminución en el número de llamadas que sirven de recordatorío.
2- Ha aumentado la seguridad en la cita.
3- Se ha evitado el desplazamiento por no conseguir cita telefónica.
4- Se ha fomentado la autonomia del paciente.
Resultados cuantitativos:
1- Respecto a la encuesta pasada a la Residencia los resultados son los siguientes:
1.1 Mejoró el tiempo de cita en un 80%.
1.2 Se facilitó la cita en un 100%.
1.3 Facilitó la recepción de la cita especializada en un 100%.
1.4 Se vio como oportunidad de mejora añadir la caducidad de los visados en la receta electrónica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Quedan pendientes la solicitud de indicadores cualitativos referentes al descenso de llamadas recibidas, el número de citas web, la reducción del absentismo del paciente y una encuesta a los pacientes del Centro de Salud.

7. OBSERVACIONES.
Creemos que seria útil incluir el fomento de la APP en la cartera de servicios

*** ========== Resumen del proyecto 2019/664 ========== ***

Nº de registro: 0664

Título
FOMENTAR EL USO Y FORMACION DEL USUARIO EN LA "APP" SALUD INFORMA

Autores:
SOLA ANTON JOSE FERNANDO, TEJADA TARRAGÜEL MARIA JOSE, MESTRE CALVO INMACULADA, GONZALO LABAT PILAR, ALMAJANO MARTINEZ JOSE LUIS, HERRERO GALVEZ MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Ninguna
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Mejorar la comunicación del paciente y la accesiblidad al centro de manera telemática.

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0664

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO Y FORMACIÓN DEL USUARIO EN LA "APP" SALUD INFORMA

Tras dos encuestas de satisfacción realizadas, una en 2016 y otra en 2018 se ha hecho patente la necesidad de mejorar en la citación telefónica.

RESULTADOS ESPERADOS
Se propone la promoción y formación en el uso de la app de los usuarios para mejorar y reforzar el sistema de citación.

MÉTODO
Ofertar el conocimiento y uso de la app en el departamento de Admisión a los usuarios y facilitar su código pin.

INDICADORES
Se realizará una encuesta para saber la cantidad de usuarios que conocen y o utilizan la app antes del comienzo del proyecto y seis meses despues para conocer si este conocimiento por parte de los usuarios ha mejorado en su conocimiento y su uso.

DURACIÓN
1 año

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 - 2019/0025

1. TÍTULO

PASEO SALUDABLES SAN JOSE

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA DE ORTE PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERRAZAS IMAZ BEATRIZ
SANTOS GUERRERO MARIA SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad se realizó todos los miercoles a las 12 horas de la mañana con salida desde la puerta del Centro del Salud, con acompañamiento de personal sanitario y estudiantes, su duracion fue de aproximadamente una hora en paseos de marcha leve / moderada de acuerdo con la condicion fisica de los participantes. Al inicio y al finalizar se realizaron ejercicios de calentamiento y estiramiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras ocho meses de actividad,en mayo de 2019 se rellenó una encuesta por parte de los asistentes durante dos sesiones de paseos, con una participacion de 26 personas, las cuales se sienten muy satisfechas con la actividad, con una valoracion final de 8´75 / 10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No solo se consigue convertir la realización de la actividad física en un hábito sino que se fomenta las relaciones interpersonales entre el grupo y éste con el personal del Centro de Salud. Todos los participantes han aprendido los ejercicios de calentamiento y de estiramiento que siempre son los mismos para poder hacerlos en su domiclio. La mayoria de los asistentes son mujeres (9/10)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/25 ========== ***

Nº de registro: 0025

Título
PASEO SALUDABLES SAN JOSE

Autores:
DE ORTE PEREZ MARIA, TERRAZAS IMAZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

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

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

PROBLEMA
Poblacion del barrio envejecida y personas que viven solas mayoritariamente viudas que necesitan relacionarse

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes a traves del ejercicio fisico e intentar incorporarlo a su rutina

- Favorecer las relaciones sociales entre los participantes y éstos con el personal del centro

- Promocionar estilos de vida saludables

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0025

1. TÍTULO

PASEO SALUDABLES SAN JOSE

La actividad se realizará los lunes y miercoles a las 12 horas de la mañana, con acompañamiento de personal y estudiantes del Centro de salud, su duracion sera aproximadamenete de una hora. Consistirá en paseos de marcha leve/moderada de acuerdo con la condicion fisica de los participantes. Al inicio y al finalizar se realizaran ejercicios de calentamiento y estiramiento

4.- Indicadores y evaluacion

Al finalizar el proyecto se rellenará una encuesta para valorar el grado de satisfaccion de la actividad. Se preguntaran sugerencias para mejorar la actividad

5.- Duracion y calendario previstos

El proyecto comenzo en septiembre 2018

INDICADORES
Al finalizar el proyecto se rellenará una encuesta para valorar el grado de satisfaccion de la actividad. Se preguntaran sugerencias para mejorar la actividad

DURACIÓN
desde septiembre 2018 hasta junio 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 - 2019/0090

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN SAN JOSE

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR DE LOS ARCOS FERNANDEZ DE HEREDIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE ORTE PEREZ MARIA
SANTOS GUERRERO MARIA SOLEDAD
LOPEZ ESTEBAN PILAR
SAMPEDRO FELIU ALFONSO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La soledad, tanto objetiva como subjetiva, repercute directamente, de forma negativa en la satisfacción de las necesidades más vitales, en la salud, en la relación con su entorno, en el acceso a los servicios comunitarios de apoyo que necesitan, en su seguridad, en su nutrición y en su calidad de vida en general.
Desde el comienzo del proyecto hasta ahora hemos realizado reuniones con el Centro de Convivencia de san Jose para conocer de cerca el centro, su funcionamiento y los recursos que ofrecen. Una vez al mes nos llega por email el triptico que realiza el centro con las actividades nuevas que proponen
Con ello todos los que formamos parte del grupo estamos siendo conocedores de las actividades que se desarrollan en nuestro entorno, y asi poderlas transmitir al resto de nuestros compañeros de trabajo. Muchas veces, las personas del
barrio no saben todos los recursos que tienen a mano.
Otro componente con el que contamos es el voluntariado, desde la ONG Seniors en Red con el objetivo de combatir la soledad de los mayores. Voluntariado de acompañamiento en el domicilio, centro de día o residencia, desplazamiento hasta la consulta sanitaria...

Desde el Centro de Salud se realizan "los paseos saludables", una actividad que permite ademas de hacer ejercicio relacionarse como el resto de los participantes y éstos con el personal sanitario que les acompañamos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A traves de la consulta tanto de medicina como de enfermeria tras detectar la sloedad no deseada en muchos de los pacientes hemos tratado de proporcionarlos los servcios y recursos del barrio con el fin de mantener el mayor grado posible de autonomía personal y de integración en su entorno y en la sociedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tenemos previsto reunirnos con Harinera ZGZ que como centro cultural comunitario del barrio tiene mucho que ofrecer sobre este tema
Queda pendiente realizar una sesión clínica junto con el personal del Centro de Salud de Venecia que lleva un proyecto sobre este tema para poder compartir experiencias
Este proyecto continuará a lo largo del 2020

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/90 ========== ***

Nº de registro: 0090

Título
LA SOLEDAD NO DESEADA EN SAN JOSE

Autores:
DE LOS ARCOS FERNANDEZ DE HEREDIA MARIA PILAR, DE ORTE PEREZ MARIA, LOPEZ ESTEBAN PILAR, SANTOS GUERRERO MARIA SOLEDAD, SAMPEDRO FELIU ALFONSO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0090

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN SAN JOSE

Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se han detectado situaciones de soledad no deseada en personas mayores en el barrio San Jose, con escasas redes de apoyo (tanto familiar, de vecindario y servicios públicos), junto con un modelo urbanístico que favorece el aislamiento (barreras arquitectonicas)

RESULTADOS ESPERADOS
- Conocer la problemática y necesidades actuales de soledad no deseada en la población mayor del barrrio de salud San Jose
-Proporcionar a este grupo de población una asistencia integral, acorde con sus necesidades y expectativas de salud manteniendo el mayor grado posible de autonomía personal y de integración en su entorno y en la sociedad.
- Informar de los recursos existentes en el barrio asi como ONG que tratan el tema de la soledad

MÉTODO
Los miembros del equipo dan a conocer todas las actividades comunitarias y grupales que se realizan a en el barrio, asi como las ONG pertinentes en la consulta de Atencion Primaria

INDICADORES
Se realizara un seguimiento de la población en las actividades / recursos ofrecidos antes y despues de realizarlas

DURACIÓN
El Proyecto tiene una duración prevista de un año, de Diciembre 2018 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 RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0946

1. TÍTULO

RECOMENDACION ACTIVOS PARA LA SALUD Y SOLEDAD EN VENECIA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN BELEN BENEDE AZAGRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYARZA IZAGUERRI CARMEN
SOLA ANTON JOSE FERNANDO
DUEÑAS GIL EVA
GOMEZ LANZUELA CRUZ CARMEN
MURILLO MORENO ROSA
MARCUELLO AZON MARIA JOSE
PUEYO GINES ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se forma el grupo de trabajo y del equipo (Marzo 2019). Se realiza sesión de sensibilización en entorno junto con Teatro Comunitario de San José sobre Soledad (Marzo 2019)
-Se realizan formación sobre atención comunitaria de miembros del equipo (Marzo, Octubre y Noviembre 2019)
-Reuniones de coordinación durante todo el proyecto del núcleo proyecto (trabajo Social, Admisión y MFyC. Se crea un correo electrónico del grupo de trabajo eapveneciac@gmail.com.
-Solicitud a DAP datos sobre códigos de codificación en OMIAP (Julio 2019)
-Entrevistas miembros EAP, pacientes y agentes sociales sobre activos para la Salud y Soledad (Junio-Octubre 2019)

-Contacto con posibles activos para la salud propuestos (octubre 2019)
-Reunión presencial intersectorial y con recursos comunitarios en el centro de salud junto a diversos profesionales del equipo. Presentación Proyecto. Mapeo de Activos para la salud en soledad (noviembre 2019)
-Se reciben datos solicitados de codificación en OMI-AP (noviembre 2019)
-Adhesión de los activos para la salud y recursos al proyecto. (diciembre 2019)
-Elaboración ficha de activos para la salud (enero 2020)
-Formalización de los acuerdos con reuniones de coordinación con cada activo para la salud (enero y febrero 2020) y generación ficha conjunta e inclusión en el buscador de activos para la salud

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-En este momento se han empezado a realizar el análisis de los datos cuantitativos remitidos por la DAP en Noviembre de 2020. En diciembre y enero por motivos asistenciales no se ha podido realizar, y se han priorizado los contactos y reuniones con los recursos y activos comunitarios.
-Se ha generado un grupo de trabajo intersectorial con recursos comunitarios
-Se han realizado reuniones de coordinacion del equipo del proyecto
-Se ha elaborado una ficha de recogida de la información y se han iniciado los procesos de coordinación con Asociaciones, Centros Municipales de Mayores, Residencias, Centros Sociales de la Zona básica de Salud y Centro Deportivo Pepe Garcés del Ayuntamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las siguientes acciones pendientes:
-Analizar los datos recibidos sobre la codificación en OMI-AP y formar a los profesionales del equipo en dicha codificación y sensibilización con el problema que supone la soledad no deseada y el aislamiento social. (febrero 2020)
-Finalización reuniones con los activos para la salud y recursos (febrero 2020)
-Creación grupo trabajo intersectorial con las propuestas (marzo 2020)
-Generación y desarrollo circuito recomendación de activos según Guia Recomendación de Activos AP con la información final (marzo 2020)
-Sesión EAP sobre Recomendación de activos (marzo 2020)
-Inicio Circuito de recomendación de activos (marzo 2020)
-Actividades evaluación seguimiento proyecto (Junio y Septiembre 2020) evaluación final y propuestas mejora (10-12/2019 y 1/2020)
-Evaluación final participada Diciembre 2020
-Elaboración Memoria final (Enero 2021)
-Difusión proyecto Jornadas Calidad (Junio 2021)

7. OBSERVACIONES.
El proyecto está resultado muy gratificante y los recursos comunitarios están muy interesados.Para los contactos y reuniones con los recurso se precisa mas tiempo del que inicialmente planteamos, ya que nuestro centro de salud tiene una presión asistencial alta y no disponemos de muchas posibilidades de reunión, por lo que hemos ampliado el cronograma del proyecto y por ello se presenta memoria de continuación del mismo. Además no hemos recibido los datos hasta finales de año 2019 para evaluar la codificación. Creemos que la ampliación del cronograma va a revertir en que el esquema de recomendación de activos generado sea mas sostenible. Así mismo se ha mostrado interés por parte de los profesionales de San José Sur el poder replicar el mismo proyecto en su Zona. Se esta valorando positivamente ya que los dos Equipos (Venecia y San José) están ubicados en mismo edificio y muchos de los recursos son compartidos por la población.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0946

1. TÍTULO

RECOMENDACION ACTIVOS PARA LA SALUD Y SOLEDAD EN VENECIA

*** ========== Resumen del proyecto 2019/946 ========== ***

Nº de registro: 0946

Título
RECOMENDACION ACTIVOS PARA LA SALUD Y SOLEDAD EN VENECIA

Autores:
BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN, AYARZA IZAGUERRI CARMEN, SOLA ANTON JOSE, DUEÑAS GIL EVA, GOMEZ LANZUELA CRUZ CARMEN, MURILLO MORENO ROSA, MARCUELLO AZON MARIA JOSE, PUEYO GINES ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Personas con diagnóstico de soledad y/o aislamiento social
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La soledad y aislamiento social (AS) determinan la salud personas que atendemos en Atención Primaria (AP).50% pueden presentarlas.Es importante detectarlas por su impacto en bienestar y esperanza de vida al ser factor de riesgo morbi-mortalidad.Las personas que viven solas,con pluripatología, cuidadoras,síntomas depresivos,insomnio,viudedad jubilación,paro o empobrecimiento son más vulnerables. Actuaciones individuales en AP tienen poca efectividad.Son más efectivas las grupales, participativas, multidisplinares,intersectoriales y comunitarias.En ZBS de Venecia presentamos un porcentaje hogares unipersonales alto 15,29%, sobreenvejecimiento de 15, 57%,tasas personas > 65 años de 25,94% llegando casi al 5% personas >85 años y objetivamos importancia de casos de soledad y aislamiento con aumento de hiperfrecuentación, medicalización y frustación.Planteamos proyecto para detectar estas situaciones y orientar la practica a determinantes para realizar intervenciones basadas en evidencia en cooperación con otros recursos comunitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar formación personal EAP sobre soledad y AS
-Detectar casos de soledad y AS y codificar adecuadamente,en especial en mujeres,ancianos y población vulnerable
-Detectar casos población anciana utilizando Escala UCLA validada.
-Facilitar coordinación entre recursos comunitarios,activos para la salud y centro de salud
-Reducir proceso medicalización en soledad y AS, favoreciendo estructuración desmedicalizadora en consulta
-Generación circuito recomendación activos para la salud en EAP en casos soledad y AS utilizando guía recomendación activos para AP

MÉTODO
-Actividades creación y coordinación grupo trabajo (3-4/2019)
-Formación grupo trabajo y equipo. Sesiones sensibilización en entorno(4-5/2019)
-Actividades coordinación con recursos comunitarios para diseño, desarrollo y evaluación (4-5/2019)
-Planteamiento codificación y acciones consulta individual (Códigos,Uso Escala UCLA, Riesgo Social, propuestas desmedicalización) (5-6/2019)
-Creación grupo trabajo intersectorial sobre soledad en ZBS, diagnóstico participativo y propuestas recomendación de activos y/o comunitarias (5-6/2019)
-Generación y desarrollo circuito recomendación de activos según Guia Recomendación de Activos AP (7-8-9-10-11-12-1/2019)
-Plan comunicación equipo EAP(todo proyecto)
-Actividades evaluación seguimiento proyecto,evaluación final y propuestas mejora (10-12/2019 y 1/2020)
-Comunicación resultados (2/2020)
-Difusión proyecto Jornadas Calidad(6/2020)

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0946

1. TÍTULO

RECOMENDACION ACTIVOS PARA LA SALUD Y SOLEDAD EN VENECIA

Evaluación cuantitativa recomendación activos para la salud con datos
protocolo OMI-AP, junto con cualitativa participativa al final proyecto
*Indicadores cuantitativos:
-Nº de códigos utilizados sobre soledad pre y post proyecto.
-% pacientes con grado moderado soledad según Escala UCLA
-% pacientes con grado severo soledad según Escala UCLA
-Nº pacientes con diagnósticos soledad que se realizado protocolo revisión estructurada medicación
- Nº de protocolos "Activos para la salud" iniciados para diagnósticos de soledad por grupos de edad,sexo,diagnósticos soledad,TSI,tipo
profesional
-Nº Derivación trabajo social
-Asistencia al activo
-Grado satisfacción paciente
-Valoración profesional grado mejoría
*Evaluación cualitativa: grupo focal final para evaluación participativa

DURACIÓN
Inicio Marzo 2019, Fin Febrero 2020. Calendario se adjunta en apartado 6

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 - 2019/1251

1. TÍTULO

INCORPORACIÓN DEL EAP DE SAN JOSÉ SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PILAR LOPEZ ESTEBAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZA PILAS JESUS
DE LOS ARCOS FERNANDEZ DE HEREDIA MARIA
SANTOS GUERRERO MARIA SOLEDAD
DE ORTE PEREZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.
El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.
Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de amoxi-clavulánico, quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, midecamicina y roxitricina), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.
Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.
En el EAP San José Sur para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:
-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.
-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
- Abordaje de infecciones respiratorias: fecha: 16/04/2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha: 26/11/2019

estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos
En el EAP hemos dado 2-3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.
Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1251

1. TÍTULO

INCORPORACIÓN DEL EAP DE SAN JOSÉ SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación, macrólidos y amoxicilina-clavulánico, quinolonas.
El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
• En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:
o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 11,9, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 1,89).
o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación/macrólidos/quinolonas/amocilina-clavulánico.
En diciembre 2018 el valor era…36,10%… siendo en diciembre 2019 de
% envases amoxicilina/total envases amoxicilina-clavulánico: 65,90%
% envases macrólidos/total envases antibióticos: 18,10%
% DDDs quinolonas/total DDDs antibióticos:8,80%
% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos:2,60%

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
• El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª gen/macrólidos/quinolonas/amoxicilina clavulánico de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª gen/macrólidos/quinolonas/amoxicilina clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron: 13,79%

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª gen/macrólidos/quinolonas/amoxicilina clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 11,9%

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las mas adecuadas.

Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1251

1. TÍTULO

INCORPORACIÓN DEL EAP DE SAN JOSÉ SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

7. OBSERVACIONES.
En nuestro EAP, no hemos conseguido los objetivos deseados, lo que el equipo se había propuesto, por lo que decidimos continuar en el mismo proyecto, haciendo un seguimiento mas adecuado, realizaremos sesiones clínicas de revisión de prescripción de cada miembro del EAP y revisión de casos clínicos con el fin de mejorar y llegar a objetivos en el próximo año.
Y además la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.
Seguiremos insistiendo en llegar a objetivos y siguiendo las indicaciones y actividades desde el grupo PROA AP Sector 2

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1251 ========== ***

Nº de registro: 1251

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSE SUR

Autores:
LOPEZ ESTEBAN PILAR, SANZA PILAS JESUS, FERNANDEZ GARCIA ANA, DE ORTE PEREZ MARIA, SANTOS GUERRERO MARISOL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

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
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial.
En cuanto al consumo de ATB, España (DHD receta oficial 16,17) es uno de los países con un mayor consumo y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11.
La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB y su adecuación: la incertidumbre diagnóstica, la carga de trabajo, el empirismo de los tratamientos, las expectativas de los pacientes, etc. Sin embargo existen algunas actuaciones o recomendaciones válidas para la práctica clínica diaria que han probado su eficacia en la reducción del consumo de antibióticos, como la optimización de la información clínica, la utilización de métodos de diagnóstico rápido, la elección correcta del ATB, la prescripción diferida, la revisión periódica de las actuaciones, etc
A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea.
Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP SAN JOSÉ SUR se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 2,2% de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS
• Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1251

1. TÍTULO

INCORPORACIÓN DEL EAP DE SAN JOSÉ SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

y no haya otras alternativas disponibles.
• Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
• Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación.

MÉTODO
1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas con las infecciones del tracto respiratorio y con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES
• Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
o Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
• Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clinico
o Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
• Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 2,2 %
Objetivo 2019: =2,0%
• Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 61,36 %
Objetivo 2019: Disminuir
o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias.
Valor 2018: 17,80%
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN
Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 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 - 2019/1103

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) Y SUS CONTACTOS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SELMA VALVERDE ARANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAGASTE ROMEO TERESA
ACEITUNO CASAS ALEXANDRA
MARTIN SACO GLORIA
LACASA SERRANO MARIA ELENA
SANTOLARIA SANCHO SOFIA
MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA
MURO BADIA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Elena Lacasa ha impartido una sesión bibliográfica dirigida al equipo médico sobre infecciones de transmisión sexual, recogida adecuada de muestras y tratamiento empírico (2/04 /2019).
• Alexandra Aceituno ha impartido una sesión clínica al EAP sobre el "Manual de toma de muestras" del sector 2, incidiendo en las muestras de ITS (29/05 /2019)
• Se ha realizado una reunión con el Servicio de Microbiología para resolver las dudas relacionadas con la correcta recogida de muestras ante la sospecha de ITS (1/10 / 2019).
• Selma Valverde ha participación en la "IX jornada relación paciente VIH y profesionales Socio -Sanitarios", donde se ha obtenido diverso material divulgativo sobre prácticas sexuales de riesgo y posibilidades de infección de las distintas ITS, así como hábitos de autocuidado (24/ 10 /2019). Se ha compartido el material con el equipo de mejora.
• Teresa Sagaste ha participación en el "3º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Anticoncepción", donde se han trabajado sobre prevención de ITS. (HCU: 7 y 8/ 11 /2019).
• Se ha colaborado en la preparación de la sesión clínica “Actualización en infecciones de transmisión sexual (ITS)” dirigida a los Equipos de Atención Primaria, presentando la guía IRASPROA de tratamiento empírico en ITS (16/01/2020).
• Se ha revisado el material divulgativo y se ha seleccionado el más adecuado para su entrega a los pacientes con diagnóstico de ITS, incidiendo en la importancia del abordaje de los contactos (17/01/2020).
• Teresa Sagaste, matrona, ha realizado un tríptico divulgativo sobre ITS, para su utilización en las sesiones de educación para la salud (EPS) dirigidas a mujeres embarazadas y en el postparto . Se ha remitido a la Coordinadora de matronas (Carmen Martínez Chueca), para su difusión entre las matronas del Sector 2 (21/01/2020).
• La difusión del material seleccionado al resto del EAP, está previsto realizarla coincidiendo con la presentación de la sesión sobre “Actualización en ITS (guía IRASPROA -AP)“. (Primer trimestre 2020, pendiente de concretar fecha).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Asistieron 19 médicos a la sesión de formación bibliográfica (> 75 %).
• Asistieron 23 profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) a la sesión sobre "Manual de recogida de muestras" (>75%) .
• Se han obtenido los datos sobre incidencia y evolución de las ITS en nuestra zona básica de salud (datos facilitados por el servicio de Microbiología del HMS, Dra. Gloria Martín Saco) :
o En 2019 (hasta el 30 de Octubre) se diagnosticaron en el CS San Pablo un total de 40 ITS, (21 en hombres y 19 en mujeres) con la siguiente distribución: Chlamydia trachomatis (8 en V y 13 en M), M. genitalium (3 en V y 2 en M), N. Gonorrhoaeae (9 en V y 2 en M), T. Pallidum(úlcera) (1 en V). Estos 40 diagnósticos corresponden al 12% de las ITS diagnosticadas en el laboratorio de Microbiología del HMS en 2019.
o En 2018 se habían diagnosticado en el CS San Pablo un total de 40 ITS, (en varones y 19 en mujeres), correspondiente al 10% de las ITS diagnosticadas en el laboratorio de Microbiología del HMS en ese año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora está satisfecho con las actividades desarrolladas durante este periodo de tiempo encaminadas a la consecución de los objetivos que se había marcado inicialmente . Especialmente, los relacionados con : la actualización sobre la adecuada toma de muestras para el diagnóstico y el adecuado tratamiento antibiótico en ITS; la elaboración de un tríptico informativo sobre ITS, para su uso en consulta y grupos de educación maternal y postparto.
Queda pendiente la evaluación de la asistencia a la sesión de “ Actualización en ITS, guía IRASPROA-AP”, dado que se va a impartir en el primer trimestre de 2020.
Pensamos que este proyecto es sostenible y está muy imbricado con los objetivos del grupo IRASPROA- AP .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1103

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1103

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) Y SUS CONTACTOS

========== ***

Nº de registro: 1103

Título
MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) Y SUS CONTACTOS

Autores:
VALVERDE ARANDA SELMA, SAGASTE ROMEO TERESA, ACEITUNO CASAS ALEXANDRA, MARTIN SACO GLORIA, LACASA SERRANO MARIA ELENA, SANTOLARIA SANCHO SOFIA, MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA, MURO BADIA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Actualmente en las consultas de medicina, atención continuada y matrona, es habitual el abordaje de pacientes con signos y síntomas relacionados con infecciones de transmisión sexual. Nos interesaría conocer datos estadísticos de incidencia y su evolución en los últimos años en nuestra zona básica de salud. Se solicita, por ello, la colaboración con el laboratorio de microbiología del HMS, Dra. Gloria Martín y Dra. Ana Milagro .

Por otro lado, el EAP San Pablo se ha adherido en 2018 a la estrategia IRASPROA, reconociendo el problema del uso de antibióticos como un problema de salud pública de primer orden. Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico . En muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica . Pero en aquellas ocasiones en que se precise un diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, siguiendo las recomendaciones del " Manual de toma de muestras" elaborado desde de el grupo PROA_AP. En el ámbito de las ETS, existen particularidades que es preciso conocer y aclarar, para lo cual la colaboración con el Servicio de Microbiología nos parece indispensable. Con el fin de aclarar las dudas y mejorar las posibles incidencias de laboratorio que hayan surgido con la recogida de estas muestras se va a realizar una sesión conjunta en el EAP . Asimismo, contamos con la participación de la matrona del EAP San Pablo en el proyecto, que puede aportarnos gran valor tanto en la ayuda a la toma de muestras más complejas (exudado cervical), como en la educación sanitaria, incluidas las recomendaciones a los contactos.

Desde el grupo IRASPROA-AP se está elaborando la guía de tratamiento empírico para infecciones de transmisión sexual. Una vez que esté presentada, se pretende realizar una adecuada difusión de la misma.
Asimismo, se considera de vital importancia realizar actividades específicas relacionadas con la Educación para la salud en ETS (actuando de forma transversal en actividades comunitarias en las que desde el EAP se colabora : actividad formativa dirigida a mujeres que ejercen la prostitución y acuden a Fogaral _Cáritas; grupos con mujeres embarazadas y madres jóvenes postparto..) . Consideramos también de vital importancia formarnos en el abordaje del estudio de contactos, facilitando la información rigurosa y clara que favorezca el tratamiento de las parejas sexuales .

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la adecuada toma de muestras para el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual.
Disminuir las incidencias de laboratorio relacionadas con toma de muestra de ITS.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en ITS.
Revisar el material utilizado en las actividades dirigidas a mujeres sexualmente activas y que puedan beneficiarse de educación sanitaria para prevención de ITS.
Selección el material que se puede entregar a los pacientes con ITS para el adecuado abordaje de los contactos.

MÉTODO
Realizar una sesión bibliográfica a los médicos sobre infecciones de transmisión sexual, recogida muestras y tratamiento empírico .
Realizar una sesión clínica al EAP sobre el Manual de toma de muestras, incidiendo en las muestras de ITS. En colaboración con microbiología
Revisar y ampliar, si se estima oportuno, el material utilizado en las sesiones de EPS dirigidas por la matrona pre y post-parto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1103

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) Y SUS CONTACTOS

Realizar una sesión clínica al EAP, presentando la guía IRASPROA de tratamiento empírico en ITS.
Entregar el material seleccionado a los pacientes con ITS para el adecuado abordaje de los contactos y difundirlo entre los profesionales sanitarios.

INDICADORES
% Profesionales que asistencia a la sesión de formación bibliográfica . Asistencia media > 75%
% Profesionales que asistencia a la sesión sobre recogida de muestras . Asistencia media > 75%
% Profesionales que asistencia a la sesión sobre guía de tratamiento empírico . Asistencia media > 75%
Disminuir % incidencias de laboratorio de microbiología sobre recogida de muestras con diagnóstico de ITS en 2019 respecto a las de 2018

DURACIÓN
Marzo : sesión bibliográfica a los médicos (Dra. Lacasa)
Abril: contactar con Servicio de Microbiología (Dra. Martín y Dra. Milagro)
Mayo : sesión al EAP sobre "Manual de recogida de muestras " (Sandra Aceituno y serv. Microbiología)
Junio- Septiembre: revisar material para las sesiones de formación y para abordaje de contactos.
Octubre-Diciembre: difusión guía tratamiento empírico ITS (IRASPROA)

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 - 2019/1161

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA MACIPE COSTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO FELIU LUIS ANDRES
RODRIGALVAREZ DE VAL SARA
SALANOVA SERRABLO HELENA
SANTOLARIA SANCHO SOFIA
MARCO BRUALLA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dentro de las actividades del grupo de participación comunitaria del centro de salud, hace dos años se realizó un mapeo de recursos del barrio que podían tener interés para el centro de salud. Para dicho mapeo se partió de un registro de colectivos y recursos que tiene el Plan Integral del Casco Histórico, y de dicho registro se hizo una selección de los más últiles. Las personas que realizaron el mapeo, se reunieron con todos esos recursos y con la información recabada, se hizo una ficha de cada recurso y se incluía en un mapa de recursos realizado con la herramienta de google maps disponible en drive:

https://is.gd/9aexUx

El proyecto actual pretendía coordinar el trabajo ya realizado de mapeo, con el propuesto desde la Estrategia de Atención comunitaria en relación con los Activos para la Salud. La Estrategia propone reunirse con los colectivos y recursos del barrio que creemos que son activos para la salud para que tras una reunión en el que se defina un marco de colaboración, el recurso se incluya en el buscador de Activos para la Salud de la Estrategia.

Para ello inicialmente se repasó este mapa de recursos ya realizado en el centro de salud y se seleccionaron aquellos que creemos que más útiles podrían ser para nuestras consultas y con los que trabajamos de una manera más estable. Estos recursos fueron:

Casa de Juventud San Pablo
Cadeneta
Centro Alba
Gym San Blas
Asociación de Vecinos Lanuza Casco Viejo
Amediar
Luis Buñuel
Médicos del Mundo
Fogaral
Cepaim
Oscus
Ozanam
Centro Municipal de Promoción de la Salud Amparo Poch
Secretariado Gitano
Centro Municipal de Servicios Social Calle Armas
Duchas y lavadoras

Se contactó con todos ellos solicitando una reunión para explicar qué pretende el protocolo de la recomendación de Activos de la Estrategia.

Se han mantenido reuniones con los siguientes recursos.

9/1/2019: Afda
26/02/2019: Reunión con el centro de mayores San Blas y Casa Amparo
26/11/19: Centro Alba
26/11/19: Fogaral.
11/12/19: Gym San Blas
12/12/19: Médicos del Mundo
12/12/19: Duchas y Lavadoras.
18/12/19: CSC Luis Buñuel
19/12/19: Cepaim
14/01/20: Casa de Juventud San Pablo
15/01/20: Duchas y lavadoras
31/01/20: Ozanam

En las reuniones se ha explicado a las entidades en qué consiste el modelo de trabajo salutogénico, la recomendación de Activos, presentación del buscador de activos de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón, que facilita la identificación y visualización de los recursos comunitarios y la recomendación de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1161

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

activos desde los centros de salud, así como se explicó cómo incluirse como recurso en dicho buscador.
Las reuniones han servido también para concretar el marco de colaboración entre la entidad y el centro de salud.

Varias personas del centro de salud han participado en las sesiones formativas de la Estrategia de Atención Comunitaria, en concreto en la de Recomendación de Activos, para poder implementar adecuadamente dicho protocolo en el centro de salud.

Además, el trabajo realizado, tanto el protocolo de recomendación de activos como el buscador de los mismos, han sido presentado al equipo de Atención Primaria y al consejo de salud.

No ha sido necesario elaborar ningún tipo de material adicional para llevar adelante el proyecto, dado que desde la plataforma de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón ya contamos con un tutorial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los recursos seleccionados se ha contactado con todos, sin embargo no con todos ha sido posible mantener reuniones. De estos se han mantenido reuniones con 10. Se había planteado un Standart de >10

En alguno de los casos no se pudo mantener la reunión prevista debido a que se les retiró la subvención que los financiaba en los presupuestos de la ciudad y cesaron su actividad a pesar de ser un recurso a nuestro parecer imprescindible para el barrio, como es el caso del colectivo Amediar.

No se contactó con servicios sociales del ayuntamiento ni centro de promoción Amparo Poch ya que dependen directamente del ayuntamiento de Zaragoza y se supone que dicha entidad se encarga de sus activos, como ya hizo con los centros de mayores. No obstante, si con el tiempo vemos que no se incorporan, se podría contactar para sugerirlo.

A todos ellos se les explicó cómo incluirse en la plataforma. En el caso de algunos recursos la respuesta no fue inmediata pues son proyectos que dependen de entidades más grandes o incluso a nivel nacional (por ejemplo, el centro Fogaral depende de Cáritas, Médicos del mundo y Cepaim son filiales de organizaciones nacionales… y su inclusión debe ser valorada por comités específicos de la entidad). Las personas contactadas se han comprometido a trasladar la solicitud a la persona que puede autorizar dicha inclusión y nos mantienen informados de los avances.

Por ejemplo, Duchas y Lavadoras depende en parte de la Parroquia de El Portillo y el gestor y el párroco, son quienes deberían haberlo subido a la plataforma, porque no tienen internet en la sede.

Cadeneta y la Casa de Juventud dependen de Ozanam.

De todos ellos en el momento de la memoria se han incluido como recursos 4 con 10 proyectos incluidos: (ver tabla). Como Standart nos habíamos fijado >10 proyectos:
Estos proyectos son:

- Centro De Convivencia Para Mayores De Casco Historico- Ayuntamiento De Zaragoza (1):Centro De Día

- Hogar De Personas Mayores “San Blas” (2): Cuidarte Atención A Personas Cuidadoras y Servicio De Promoción De La Autonomía Personal

- Centro Alba (3): Distribucion Material Preventivo Salud Sexual, Distribución Material Preventivo Salud Sexual Para Trabajadoras Sexuales y Servico de Duchas

- AFDA (4): Grupos De Terapia Ansiedad Y Depresión, Escuela De Familias Ansiedad Y Depresión, Talleres Saludables y Charlas Sobre Bienestar

En el caso de los recursos de los centros de mayores, aunque hemos mantenido reuniones con ellos, ya han acudido al centro de salud en 3 ocasiones a contar en sesión de equipo los recursos que ofrecen en sus servicios, la inclusión en el buscador fue fruto de las reuniones de coordinación entre salud pública y el Ayuntamiento y Gobierno de Aragón.

Durante este tiempo se han realizado dos reuniones de equipo en las que se ha explicado el protocolo de recomendación de activos.

También se presentó en el Consejo de salud celebrado el 16/5/2019, por si algún otro colectivo o entidad tenía interés por incluirse en el buscador.

Y para acabar han acudido al centro de salud para explicar los servicios que se ofrecen desde esos recursos, el centro de mayores San Blas, el centro de mayores Casa Amparo, el servicio de mediación de Zaragoza vivienda, el centro Alba, . Standart mayor ó igual a 2.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1161

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto ha servido para revisar y reflexionar sobre los recursos que hay en el entorno con los que trabajamos más habitualmente y los que aunque no trabajemos tanto creemos que pueden resultar útiles para nuestras consultas.

Se ha detectado mucho interés en conocer en que consiste el buscador y en incluir las actividades en el mismo. Sin embargo a pesar del interés manifestado en las reuniones hemos comprobado que pocos recursos han incluido sus actividades en el buscador.

Hemos evaluado este punto y creemos que por un lado muchas veces el recurso pertenece a entidades más grandes y no tienen libertad para tomar esa decisión sin contar con el permiso para hacerlo, y en ese circuito no tenemos claro si circula bien la información o se entiende bien el sentido del protocolo y buscador. En algún caso se nos ha transmitido cierta desconfianza de cierta intromisión en el terreno del trabajo social.

Por otro lado, en alguno de los casos creemos que el problema es las dificultades que tienen ciertas personas en los temas informáticos. A veces no tienen internet o llegado el momento de subir el recurso no recuerdan como hacerlo o no saben hacerlo. No sabemos si no sería mejor una vez mantenida la reunión y enmarcada la colaboración, fueramos nosotros mismos quienes introdujeramos el recurso o su proyecto en la plataforma si detectamos que van a tener dificultad en hacerlo.

Para acabar, creemos que a pesar de haber explicado en varias ocasiones a los compañeros del centro de salud el protocolo de Recomendación de Activos de OMI, llegado el momento de recomendar un recurso, bien sea porque lleva un tiempo, porque no recuerdan como hacerlo o por lo que sea, lo hacen como se hacía antes, es decir simplemente recomendandolo sin dejarlo registrado ni remitiendo al paciente con el volante de derivación que emite OMI. En la ultima reunión mantenida con el centro de mayores San Blas, uno de los recursos a los que más se derivan pacientes, comentaron que ningún paciente les había llegado con el volante de derivación de la recomendación de activos.

Y para acabar constatar el impacto que tienen a veces sobre estos trabajos de crear redes las políticas públicas y los presupuestos para entidades sociales, puesto que en los últimos meses varios de los recursos con los que trabajamos habitualmente han cesado su actividad o temen por su continuidad y eso ha supuesto que el trabajo y tiempo invertido en construir esa red y ese marco de colaboración haya sido en parte inutil.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1161 ========== ***

Nº de registro: 1161

Título
DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACION DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

Autores:
MACIPE COSTA ROSA MARIA, GIMENO FELIU LUIS ANDRES, RODRIGALVAREZ DE VAL SARA, SALANOVA SERRABLO HELENA, SANTOLARIA SANCHO SOFIA, MARCO BRUALLA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: El proyecto en principio responde a cualquier tipo de patología al identificar recursos de apoyo en en entorno que ayuden a mejorar la salud, enfermar menos y resolver mas eficazmente las patologías.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Uno de los objetivos de la Estrategia de Atención Comunitaria es reducir el proceso de medicalización frente a situaciones de la vida cotidiana, fomentando la autonomía de las personas usuarias del sistema sanitario utilizando la recomendación de activos comunitarios (social prescribing/prescripción social) para la salud y el abordajemultidisciplinar e intersectorial orientado a los determinantes, facilitando así que las personas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1161

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

y comunidades dispongan de los medios para mejorar la salud y ejercer mayor control sobre la misma.

En esa línea y como pilar importante de la estrategia se puso en marcha el protocolo de recomendación de activos dentro del programa informático OMI. Dentro de la implementación de dicho protocolo se ofreció formación sobre el tema a los profesionales de los centros de salud. En dicha formación se propuso un itinerario de trabajo para que los EAP identificaran los activos para la salud en sus territorios, se priorizaran los más interesantes en función de unos criterios propuestos (proyecto EIRA), se contactara con ellos para establecer un marco de relación con ellos, y se informara al recurso de como incluirse en el buscador de activos con el que enlaza el protocolo de recomendación de activos de OMI.

Dentro de las actividades del grupo de participación comunitaria del centro de salud, hace dos años se realizó un mapeo de recursos del barrio que podían tener interés para el centro de salud. Para dicho mapeo se partió de un registro de colectivos y recursos que tiene el Plan Integral del Casco Histórico, y de dicho registro se hizo una selección de los más últiles en función de los criterios anteriormente nombrados. Las personas que realizaron el mapeo, se reunieron con todos esos recursos y con la información recabada, se hacía una ficha de cada recurso y se incluía en un mapa de recursos realizado con la herramienta de google maps disponible en drive.

https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1Ez1kJugVrcI27JDb6xh1cAjjJEg&ll=41.65922860963229%2C-0.881561099999999&z=14

Para enlazar este trabajo con el actual itinerario propuesto desde la Estrategia de Atención Comunitaria, se propone el siguiente proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
- Identificar del mapa de recursos elaborados, los principales activos para la salud en base a unos criterios.
- Ampliar los recursos con otros activos que puedan ser interesantes para la salud de los vecinos del barrio
- Contactar con esos activos para crear un marco de colaboración consensuado.
- Informar a los recursos del procedimiento para activarse en el buscador de recursos propuesto.
- Informar periodicamente al equipo del Centro de Salud de los recursos/activos contactados y de lo que pueden ofrecer.

MÉTODO
Inicialmente se nombrará dentro del grupo de Participación Comunitaria un grupo de trabajo compuesto por 4-5 personas que serán las responsables de coordinar y llevar adelante este proyecto.

Una vez creado el grupo de trabajo, se pasará a analizar el mapa de recursos que se elaboró por el centro de salud y en base a los criterios del proyecto EIRA, se irán seleccionando los que se sientan como más importantes para la salud de los vecinos y vecinas del barrio. 3-4 reuniones del grupo

Se ampliará la búsqueda incluyendo en el análisis además de los recursos ya identificados, otros cosas del barrio que puedan ser consideradas como activos (lugares, zonas verdes, zonas deportivas, etc...) 1 reunión.

Se hará una toma de contacto con los recursos y activos seleccionados para reunirse con ellos, establecer un marco de colaboración y concretarla en una ficha. Se animará al recurso a incluirse en plataforma y buscador de recursos, para lo cual se les explicará el procedimiento. 6 meses

Se realizarán al menos dos reuniones de equipo, reuniones en las que se presentarán los recursos y activos identificados y seleccionados, a la vez que se explicará el funcionamiento del protocolo de Activos de OMI

INDICADORES
- Número de recursos y activos contactados. Standart > 10
- Número de recursos y activos que se han activado en la Web de la Alianza para la salud comunitaria. Standart > 10. (Fuente de datos, mapa de activos de la plataforma de la Estrategia de Atención comunitaria)
- Reuniones de equipo para presentar el protocolo y los recursos seleccionados. Standart mayor ó igual a 2. (Fuente de datos, registro de sesiones clínicas del centro de salud)
- Reuniones de equipo a las que acuda alguno de los recursos seleccionados a presentarse. Mayor o igual a 2. (Fuente de datos, registro de sesiones clínicas del centro de salud)

DURACIÓN
Durante el mes de mayo y junio, el grupo motor se reunirá para realizar la selección de los recursos que van a ser contactados.
De mayo a final de año se irán reuniendo con dichos recursos para definir el marco de colaboración.
Durante el proceso se irán programando reuniones de equipo para ir presentando los recursos-activos identificados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1161

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

```
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 - 2019/1222

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE PEDRO MARTINEZ CASBAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALO PEÑA JORGE
OLIVEROS BRIZ MARIA TERESA
CAMPILLOS APESTEGUIA CARMEN
PORTERO MONGUILO MARIA JESUS
MARCO BRUALLA MARIA
RODRIGALVAREZ DE VAL SARA
SALANOVA SERRABLO HELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El 9 de mayo realizamos la primera reunión del grupo de trabajo y acordamos:
contactar con la técnica de salud del sector, y confirmar la sesión de equipo, del día 14 de mayo, sobre manejo del cuadro de mandos de diabetes.
Solicitar al responsable de enfermería listados de los indicadores a evaluar, revisión microalbuminuria, revisión pie diabético y diabetes pie de riesgo, de todos los cupos para conocer cómo se encuentran los indicadores en la actualidad, en cada cupo.
Se acuerda enviar un correo a todos los profesionales para que soliciten monofilamentos, aquellos que no dispongan o los que tengan estén deteriorados, y recordar que los mismos deben ser renovados anualmente. Respecto a los doppler consideramos que con los dos actuales es suficiente el equipamiento.
Realizar un taller de exploración del pie diabético, antes del verano y posteriormente formación específica, al personal que se va a incorporar en el último trimestre del año
incidir en el taller no solo en el registro adecuado de la actividad sino también hacer mención a la unidad del pie diabético del hospital provincial que desde hace unos meses es un activo y cuando de debe derivar a la misma.
Hablar con las TCAE de cómo podemos asegurarnos de la presentación de las muestras de orina cuando acuden a extracciones los diabéticos.
Reunión 13 de junio acordamos:
Respecto al indicador de la microalbuminuria consideramos que con las modificaciones que se han hecho al incluirlo en las determinaciones del perfil, los datos mejoraran, en todo caso, cada cupo a través del cuadro de mandos de la diabetes puede revisar aquellos pacientes que les falta la determinación y solicitarla. Para facilitar el manejo del cuadro de mandos La dirección del sector ha realizado en el centro una sesión al equipo sobre manejo del mismo que se celebró el día 15 de mayo del 2019.
Hemos insistido nuevamente a las TCAE para que extremen el cuidado con los diabéticos que no traigan orina y les den bote e insistan en la recogida de la misma.
El responsable de enfermería nos ha traído datos de cada cupo de los indicadores del pie diabético. Se acuerda enviar a cada cupo sus datos y la comparativa con los datos del centro y del sector. En estos momentos estamos alrededor del 35. Para ello vamos a insistir a cada cupo que saque sus listados, de pacientes diabéticos que están pendientes de realizar el estudio, y que mediante procedimientos activos intente captarlos para realizarlos.
Se han detectado problemas en algún cupo que presentan datos muy escasos y que tratándolos con los profesionales se están ya subsanando.
Tenemos cupos que va a haber cambios por jubilación, por lo que decidimos el grupo de diabetes, estar como referentes, para ayudarles en un principio a realizar los estudios del pie diabético.
Todas estas comunicaciones y actividades se realizaron durante la semana del 17 de junio y a finales de junio el grupo de diabetes nos presentamos como referentes al personal de nueva incorporación, jubilaciones y sustituciones de verano.
Reunión 27 de septiembre 2019:
Durante el mes de septiembre hemos realizado un taller de exploración del pie diabético al personal contratado y abierto a todo el personal interesado (realizado el 17 de septiembre) Al mismo han acudido el personal de nueva incorporación, personal de plantilla y estudiantes de enfermería. Se ha incidido en el registro adecuado de la actividad y se ha hecho mención a la unidad del pie diabético del Hospital Provincial, y su utilidad, tal como quedamos en la anterior reunión.
Hemos insistido en la formación al personal de nueva incorporación repartiéndonos los mismos el grupo de diabetes y estableciéndonos como referentes para sus dudas
Acordamos estar al tanto de las nuevas incorporaciones para apoyar a las mismas y seguir insistiendo a los compañeros en el seguimiento de los indicadores tanto en reuniones como mediante correos mensuales hasta final de año.
Todas estas actividades se han realizado a lo largo del último trimestre del año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la revisión del pie diabético nos encontramos sobre el 42 por ciento cuando la media del sector II está en el 25 por ciento y hace un año,en diciembre del 2018, estábamos en el 32 por ciento (datos sacados del cuadro de mandos de la diabetes).
La revisión de la micro albuminuria estamos en diciembre del 2019 sobre el 57 por ciento y la media del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1222

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

sector II está sobre el 53 por ciento, en diciembre del 2018 estábamos en el 49 por ciento (datos obtenidos del cuadro de mandos de la diabetes)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que los datos en nuestro equipo ya eran superiores a la media del sector antes del inicio del proyecto y que el mismo nos ha permitido establecer una sistemática de trabajo que nos ha permitido mejorar, consolidar los mismos y plantearnos otras líneas de trabajo en diabetes que nos puedan servir de líneas de mejora en próximos años.

7. OBSERVACIONES.
Es muy difícil poder mantener una línea de trabajo con las modificaciones de personal que se producen. Hemos tenido una jubilación en el último trimestre de personal de enfermería que en ese periodo la han ocupado tres profesionales diferentes. Y existe un sistema de contratación en el que prima la bolsa por el que en muchas ocasiones viene a nuestro centro personal que desconoce los protocolos y trabajo en primaria mientras que los EIR formados en la especialidad de primaria, lamentablemente se desperdicia su formación en sustituciones hospitalarias.
Es urgente y necesario que se plantee una modificación de la política de recursos humanos de la salud.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1222 ========== ***

Nº de registro: 1222

Título
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN ELSECTOR ZARAGOZA II

Autores:
MARTINEZ CASBAS PEDRO, GONZALO PEÑA JORGE, OLIVEROS BRIZ MARIA TERESA, CAMPILLOS APESTEGUIA CARMEN, PORTERO MONGUILO MARIA JESUS, MARCO BRUALLA MARIA, RODRIGALVAREZ DE VAL SARA, SALANOVA SERRABLO HELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

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
Desde la creación y desarrollo del cuadro de mando de diabetes, que permite el seguimiento de los principales indicadores ligados a esta estrategia, en el Sector Zaragoza 2 venimos observando problemas de registro mantenidos en el tiempo, centrados fundamentalmente en dos de ellos, como a continuación se expone:
- La determinación de microalbuminuria, que a pesar de formar parte del perfil de diabetes, tiene una cobertura sensiblemente inferior (alrededor del 20% menos) al resto de parámetros recogidos en dicho perfil, (por ejemplo, GFR, LDL o HBA1C en el año 2018), alcanzando una cobertura del 39,37%, (por debajo de la media del SALUD), lo que puede tener evidentes repercusiones en mortalidad cardiovascular. Históricamente este indicador ha tenido como valor máximo en este Sector el 43%, que data de 2014.
- La exploración y evaluación del riesgo del pie diabético, apenas llega al 10% (9,65 en diciembre de 2018, cuando hace 2 años llegó hasta un 26,63%), y la valoración del pie diabético, está en un 38,74%, lo que puede tener consecuencias en un aumento de complicaciones de los pacientes afectados, con incremento de la tasa de amputaciones, y comprometiendo la iniciativa de la puesta en marcha de las consultas de la Unidad de Pie diabético, si no se consigue la implicación de los profesionales de Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar la cobertura de SOLICITUD Y REGISTRO de microalbuminuria.
Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético.

MÉTODO
Se ha realizado un análisis modal de fallos y errores para cada uno de los indicadores a partir

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1222

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

del cual se plantean las siguientes actividades:
- Creación de un GRUPO de proceso del Sector II, con líderes reconocidos, con la finalidad de análisis y realización de formación específica en los centros de salud del Sector II.
- Valoración de a necesidad de rediseño del volante de perfil de diabetes para que consten explícitamente los contenidos a mejorar en su impresión.
- Valoración del rediseño del circuito de extracciones para asegurar la verificación de la presentación de la muestra de orina solicitada.
Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación.
Formación en Pie diabético: Por qué debe explorarse y cómo se explora
- Asegurar la infraestructura básica para la exploración del pie diabético: disponibilidad de monofilamentos, plan plurianual de renovación de doppler.

INDICADORES
% de pacientes diabéticos en los que consta al menos determinación de microalbuminuria en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre 2018, Superior al 50%.
% de pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de exploración de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre de 2018. Superior al 48%.
% de pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de riesgo de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre de 2018. 25%.
Monitorización de los indicadores en el Sector y centros con periodicidad cuatrimestral (Enero, Mayo, Septiembre 2019), y reunión del equipo de proceso para su valoración.

DURACIÓN
- Enero/Febrero 2019. Constitución del grupo de proceso
- Enero 2019. AMFE (ya realizado)
- Febrero-Mayo: Valoración rediseño de volante, circuitos y formación a los centros implicados. Fomentar el acceso y autoevaluación por parte de los EAP a los indicadores de la Estrategia, a través del Cuadro de Mandos de Diabetes.
La renovación de doppler/monofilamento, en dependencia del plan de necesidades

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 - 2019/1226

1. TÍTULO

DESARROLLO Y MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL EAP SAN PABLO

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA ALONSO LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ACEITUNO CASAS ALEXANDRA
MORALES DERQUI AURORA
IMAZ PEREZ FRANCISCO JAVIER
MUÑOZ ANADON ANTONIO
ESCORIHUELA GIMENO MARIA
MARTINEZ CASBAS JOSE PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Información a cada miembro del EAP de los objetivos alcanzados al inicio del proyecto (Junio 2019) y a los 6 meses
-Soporte y apoyo ante dudas de manejos de casos concretos y circuitos
-Estudio de incidencias
-Contacto individual con todos los PCC incluidos por parte de la profesional de enfermería responsable del programa del PCC mediante visitas domiciliarias acompañando y apoyando al profesional de enfermería responsable del caso
-Apoyo al EAP en la continuidad de cuidados
-Redifusión entre los pacientes PCC incluidos de los contactos telefónicos y los circuitos
-Formación mediante sesión clínica con descripción de caso clínico
-Información en sesión clínica del seguimiento de programa a fecha 31 de diciembre del 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-La cobertura global del programa del PCC (GMA>97) se ha incrementado un 29% entre Junio y Diciembre del 2019 (del 18,3% al 23,7%)
-La cumplimentación del plan de intervención entre los PCC incluídos se ha incrementado un 31,9% entre Junio y Diciembre del 2019 (del 71.9% al 94,9%)
-En la actualidad, todos los pacientes incluidos tienen identificados el profesional de enfermería responsable y los familiares-cuidadores responsables
-El número de llamadas telefónicas al teléfono del PCC se han triplicado en el último semestre (42 llamadas en el primer semestre del 2019, 123 llamadas en el segundo semestre)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-La implicación y colaboración de los profesionales del EAP y fundamentalmente de la profesional de enfermería responsable del Programa del PCC, en su trabajo directo con otros profesionales del centro ha permitido mejorar unos datos que ya inicialmente permitían cumplir los objetivos previstos en el Acuerdo de Gestión Clínica 2019.
-Se han detectado necesidades de formación y apoyo tanto en profesionales como en pacientes y cuidadores.
-Consideramos necesario realizar encuestas de satisfacción a pacientes y cuidadores incluídos en el Programa del PCC.
-La ausencia de un cuadro de mandos que permita monitorizar los indicadores ha supuesto muchas dificultades para realizar el seguimiento. Se nos ha reportado información desde Dirección pero no con la periodicidad (cuatrimestral) ni facilidad requeridas, y se han tenido que obtener los datos de forma manual la mayoría de las veces
-Se necesitan actividades de Educación para la Salud en pacientes y cuidadores

7. OBSERVACIONES.
El Proyecto se inició en Junio de 2019, por lo que la valoración es del semestre de Junio a Diciembre

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1226 ========== ***

Nº de registro: 1226

Título
DESARROLLO Y MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL EAP SAN PABLO

Autores:
ALONSO LOPEZ MARIA CRISTINA, ACEITUNO CASAS ALEXANDRA, MORALES DERQUI AURORA, IMAZ PEREZ FRANCISCO JAVIER, MUÑOZ ANADON ANTONIO, ESCORIHUELA GIMENO MARIA, MARTINEZ CASBAS PEDRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1226

1. TÍTULO

DESARROLLO Y MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL EAP SAN PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar registro pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99
Incrementar elaboración Planes de Intervención pacientes registrados como PCC. Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC . Elaborar y estandarizar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en el EAP San Pablo

MÉTODO
Mantener en la Unidad Clínica de EAP San Pablo el Referente del Programa del PCC a nivel de Sector II, entendiendo que el desarrollo y consolidación del programa precisa del mantenimiento de la enfermera de enlace (Alexandra Aceituno Casas designada en nuestro EAP S Pablo desde abril de 2018).
Formación en el EAP S Pablo con todos los profesionales del Equipo.
Revisión de circuitos asistenciales definidos para el PCC en EAP San Pablo.
Visita de los Profesionales de las UCC al EAP San Pablo.

INDICADORES
Aumentar % PCC > 99 incluidos /PCC > 99 población diana.
Aumentar % Planes Inclusión/Total PCC incluidos en Programa.
Aumentar % PCC 97-99 incluidos/total PCC incluidos.
Aumentar % PCC < 97 incluidos/total PCC incluidos.
Aumentar % PCC con enfermería identificada.
Auementar % PCC con familiares-cuidadores identificados.

DURACIÓN
Revisión cuatrimestral de evolución de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1392

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP DE SASTAGO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARLOS JARABA BECERRIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR
ALVAREZ ROY JOSE LUIS
BOVIO HERAS GUILLERMO
SARTOLO ROMEO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.
El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor, puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor. No sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.
Por este motivo, y alineado con el objetivo propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de la prescripción de cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.
Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.
En el EAP de Sástago, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:
-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.
-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
- Abordaje de infecciones respiratorias: 01/04/2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: 16/09/2019
En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información de en qué situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se han recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.
-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos
-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP,. En esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1392

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP DE SASTAGO

- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.
- La selección de casos clínicos ha sido posible gracias al envío por correo electrónico en Junio de 2019, y desde el Servicio de Farmacia de AP, de los listados por CIAS de pacientes tratados en el último año con cefalosporinas de 3ª generación así como del diágnóstico asociado a éstos, de tal modo que cada profesional revisó dicho listado y seleccionó alguno de los pacientes incluidos en el mismo para reevaluar la necesidad de utilizar dicho antibiótico de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.
- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos
En el EAP hemos dado 2 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.
Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.
El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos.
La información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria.
En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.
En cuanto a resultados:
Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 21,9, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 23,9).
En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación.
- En diciembre 2018 el valor era 3,7% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos.
- En diciembre 2019 el valor es de 2,5 % DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos.
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje. Éste se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y, a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado, se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados.
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios. Este porcentaje se calcula sobre el total de prescripciones de cefalosporinas de 3ª. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.
A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores fueron:
- El uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias ha bajado desde un 76,27% en 2018, a un 44% en 2019. Pero ha descendido en 45 prescripciones a 11 en números absolutos.
- El uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias han variado desde un 11,86% en 2018, a un 32% en 2019. Pero sólo ha aumentado de 7 prescripciones a 8 en números absolutos.
Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en la suma de estos dos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1392

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP DE SASTAGO

clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las mas adecuadas.
Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.
Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.
Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.
En octubre de 2019, debido a cambios de movilidad de personal en el centro, dejó de ser responsable de antibióticos y representante del PROA Carlos Jaraba Becerril, pasando a serlo desde entonces María Teresa Sartolo Romeo.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1392 ========== ***

Nº de registro: 1392

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SASTAGO

Autores:
JARABA BECERRIL CARLOS, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, ALVAREZ ROY JOSE LUIS, BOVIO HERAS GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.
La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).
Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP SASTAGO se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 3,5 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS
- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1392

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP DE SASTAGO

• Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO
1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.
Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES
• Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
- Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

• Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clinico
- Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

• Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 3,5 %
Objetivo 2019: =2,0

• Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
- % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 76,27 %
Objetivo 2019: Disminuir
- % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 11,86 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN
-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 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 - 2019/1404

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN COLEGIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE SASTAGO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA SARTOLO ROMEO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARABA BECERRIL CARLOS
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR
VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES
LOPEZ MIRANDA SOFIA
SANCHEZ TREMPS LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En abril de 2019 el equipo de trabajo se reunió para preparar los talleres de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica, así como para la elaboración del material en soporte informático que se utilizó posteriormente en la parte teórica del taller. Se elaboraron test de 5 preguntas, con respuestas de verdadero/falso, para valorar los conocimientos previos sobre RCP que tenían los alumnos, y para comprobar los conocimientos adquiridos tras los talleres. Además se prepararon los cuestionarios de satisfacción que se les pasaron a los profesores tras la finalización de la actividad.

En mayo de 2019 se realizaron los talleres en el Centro de educación infantil y primaria (CEIP) de Escatrón.

El primer día se impartieron talleres a los niños de educación infantil y a los de 1º y 2º de primaria, 30 alumnos en total. Se realizó una actividad de 40 minutos de duración, sencilla y acorde a su edad. Los alumnos fueron separados en 3 grupos según edades (Uno con los niños de 1º de infantil, otro con la clase de 2º y 3º de infantil y otro con los niños de 1º y 2º de primaria). Se realizó una simulación de una llamada con un teléfono real pidiendo ayuda llamando al 112. Posteriormente se les enseñó la canción de la reanimación del grupo de trabajo RCP desde mi cole, cuya letra hacía referencia a la identificación de una persona inconsciente y cómo se debe actuar ante esta situación, pidiendo ayuda e iniciando maniobras de RCP. Para ello los niños utilizaron su muñeco de peluche. Por último se les entregó una tarjeta que podían colorear y rellenar con los datos personales imprescindibles para solicitar ayuda al 112 (nombre y dirección de su casa) y se les entregó para que la colocaran en un lugar visible de la casa (nevera o junto a teléfono). Finalmente se encuestó a los profesores sobre el aprovechamiento y la utilidad de la actividad.

El segundo día se realizaron dos talleres de 1,5 horas con los 27 alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º del CEIP de Escatrón. Se hizo un taller con la clase de 3º-4º y otro con la de 5º-6º. Inicialmente los alumnos rellenaron un test para evaluar los conocimientos previos sobre RCP. A continuación se llevó a cabo una breve exposición teórica, de unos 10 minutos, apoyada con unas sencillas diapositivas en soporte informático. En ella se les explicaron los conceptos básicos de la cadena de supervivencia, actuación ante un atragantamiento y la posición lateral de seguridad. Posteriormente se pasó a la práctica con maniquíes, de aproximadamente 1 hora de duración. Se dividió la clase en dos grupos, uno practicaba con los maniquíes la técnica de masaje cardiaco y el otro actitud a seguir en caso de atragantamiento incluyendo maniobra de Heimlich. Después se practicó la posición lateral de seguridad. Todos los alumnos practicaron en ambos grupos. Posteriormente se les entregó a los profesores el mismo cuestionario que habían realizado previamente al taller para que lo contestaran los alumnos pocos días después.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Según los resultados de los cuestionarios de satisfacción realizados por el profesorado presente en los talleres, la actividad les pareció muy útil. También expusieron que la actividad y la metodología utilizada se adecuaba a la edad y el nivel de los alumnos y el taller fue valorado con una puntuación global de 10 sobre 10 puntos posibles. También realizaron algunas observaciones positivas, mostrándose interesados en la repetición de esta actividad en próximos años.

En los cuestionarios realizados por los alumnos previamente a la actividad existía un porcentaje de acierto de un 51% en el global de las 5 preguntas realizadas. Días después realizaron el mismo test obteniéndose el 94% de las respuestas acertadas.

Los alumnos mostraron un gran aprovechamiento de la actividad, mostrando gran interés y siendo muy participativos. Los alumnos más pequeños fueron capaces de simular que llamaban al 112 con un teléfono real y daban los datos de lo que ocurría. Por su parte los alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º de primaria fueron capaces de simular como actuarían ante una situación real de RCP, llegando a realizar masaje cardiaco de calidad sobre el maniquí.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos en la importancia de enseñar e incluir a los niños desde pequeños para que aprendan a actuar ante una situación de emergencia sanitaria (identificarla, saber pedir ayuda, e iniciar maniobras de reanimación si es preciso). Incluso pueden llegar a trasmitir en sus familias u entorno esos conocimientos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1404

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN COLEGIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE SASTAGO

Por problemas de agenda del CEIP de La Zaida no se pudo realizar allí actividad en 2019, por lo que está prevista para febrero de 2020. Además en el centro se va a continuar con este proyecto y se va a repetir la actividad en el colegio de Escatrón en este nuevo curso.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1404 ========== ***

Nº de registro: 1404

Título
TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN COLEGIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE SASTAGO

Autores:
SARTOLO ROMEO MARIA TERESA, JARABA BECERRIL CARLOS, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES, LOPEZ MIRANDA SOFIA, SANCHEZ TREMPS LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En Europa y Estados Unidos juntos mueren 700000 personas al año de parada cardiorrespiratoria fuera del hospital. Los tiempos medios de llegada de los servicios de emergencias rondan los 6-12 minutos, pero existe un importante sufrimiento cerebral a partir de 3-5 minutos sin flujo sanguíneo. Muchas vidas se salvarían si más gente supiera realizar maniobras de RCP. La OMS estima que si se implanta la enseñanza de RCP en los colegios se podría salvar las vidas de 300000 personas al año.
Entre los 10 principios que propone la iniciativa “Kids Save Lives” (“Los Niños Salvan Vidas) están:
1. Todo el mundo puede salvar una vida, incluso un niño.
2. Dos horas de entrenamiento en RCP al año en el colegio podría ser suficiente.
3. Los programas nacionales que forman a niños en edad escolar en RCP pueden salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.
El tiempo de respuesta aproximado de los servicios de atención continuada desde el C.S. de Sástago hasta las poblaciones de La Zaida y Escatrón sería de unos 15 y 20 minutos respectivamente. Por lo tanto, es muy importante, entrenar a la población para realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar básica efectivas, hasta la llegada de los servicios médicos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar a los alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º de primaria de los colegios de la zona básica de salud de Sástago conocimientos básicos sobre primeros auxilios. Así como conocimiento de la cadena de supervivencia.
- Los niños de educación infantil, así como los de 1º y 2º de primaria aprenderán a reconocer una situación de emergencia y a solicitar ayuda a un adulto y, si esto no es posible, llamar al teléfono de emergencias (112).

MÉTODO
Se ofertará la siguiente actividad en 2019 a los colegios públicos de Escatrón y La Zaida, pertenecientes a la zona básica de salud de Sástago:
1. Alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º de primaria.
- Realización de test para determinar conocimientos previos
- Sesión teórica de unos 15 minutos de duración sobre RCP y atragantamiento.
- Sesión práctica de 1:30 horas para la adquisición de habilidades en RCP, atragantamiento y posición lateral de seguridad. Con los alumnos divididos en grupos, con un docente cada 5-6 alumnos. Se utilizarán maniquís de práctica de RCP.
- Repetición del test inicial para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
- Encuesta de satisfacción a los profesores.
2. Alumnos de 1º y 2º de primaria y alumnos de educación infantil.
- Simulación, con un teléfono real, de petición de ayuda llamando al 112.
- Enseñanza de una canción infantil, cuya letra hace referencia a la identificación de una persona inconsciente y como actuar ante esta situación pidiendo ayuda e iniciando maniobras de RCP. Para ello cada alumno utilizará su muñeco de peluche.
- Se les entregará una tarjeta para rellenar por los propios alumnos, y que podrán colorear, con los datos personales imprescindibles que se necesitan en una llamada de emergencia al 112 (nombre, y dirección de su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1404

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN COLEGIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE SASTAGO

casa).
- Encuesta de satisfacción a los profesores al finalizar la actividad.

INDICADORES
- Cuestionario para valorar los conocimientos de los alumnos antes y después de la actividad.
- Encuestas de satisfacción de los maestros.

DURACIÓN
- ABRIL de 2019: Preparación del material en soporte informático que será utilizado en la actividad.
- MAYO-JUNIO de 2019: Actividades en el Colegio Público de Escatrón:
- Primer día: Actividad para los alumnos de educación infantil y 1º y 2º de primaria.
- Segundo día: Actividad para los alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º de primaria.
- OCTUBRE-NOVIEMBRE de 2019: Realización de las actividades en el C.P. de la Zaida
- DICIEMBRE de 2019: Revisión de resultados obtenidos.

OBSERVACIONES
Según los resultados obtenidos se prevé la continuidad de la actividad y la posible ampliación a otros centros de enseñanza de la zona básica de salud de Sástago.

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 - 2019/1454

1. TÍTULO

CRIBADO,DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR MARTIN BUIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLAN GINER ESTHER
LOPEZ MIRANDA SOFIA
JARABA BECERRIL CARLOS
NAVARRA VICENTE BEATRIZ
TERREROS ARNEDO CARLOS
BOVIO HERAS GUILLERMO
SANCHEZ TREMPS LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una primera reunión con el EAP (Mayo 2019), para informar del Plan Estratégico para la eliminación del VHC en Aragón y entregar el algoritmo especifico, que confeccionamos, con los factores de riesgo y el protocolo de cribado, sencillo, para la recogida de datos. Posteriores reuniones bimensuales, desde Junio de 2019 hasta diciembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A partir de los pacientes incluidos en programa OMI-AP, Sector II, Sástago,que incluye las poblaciones de Escatrón, Sástago, Cinco Olivas, La Zaida, Alforque y Alborge)un total de 2374 usuarios, se ha realizado una captación activa en consulta, tanto de medicina como enfermería, en base a factores de riesgo (especificado en el Algoritmo entregado a MAP y EAP) y que debían ser recogidos en Protocolo de OMI-AP: Adulto Factores Riesgo Hepatitis C.
Se han cribado un 0.9% de casos respecto a la población total de la zona de salud, de ellos, han resultado negativos para VHC un 14% de los mismos, con infección activa en tan sólo uno de los casos, en seguimiento y tratamiento especifico actualmente por el servicio de Digestivo HMS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido a diverosos problemas, de RRHH y cambios en el EAP, durante el último año, en el CS de Sástago, no hemos conseguido obtener el 75% de cribado, que teniamos como objetivo, aunque el hallazgo de un caso, perdido previamente, que ha podido beneficiarse del tratamiento para el VHC, nos motiva a continuar con el cribado, para mejorar el diagnóstico y pronóstico de esta patologia.
La población susceptible de cribado, debe ser captada por búsqueda activa, lo que supone una mayor dificultad, para el acceso a la misma, pero con la motivación del EAP, y el mantenimiento de sesiones bimensuales y puesta en común de datos, así como el conocimiento del Plan Estratégico para la Erradiación del VHC en Aragón, esperamos mejorar la población susceptible de evaluar y aumentar asi la posibilidad de detección de casos positivos, en base a que en Aragón se estima que existen entre 3932 y 5491 pacientes con VHC ARN positivo (infección activa), creemos que es posible detectar y tratar un mayor número de casos.
Continuaremos la captación de pacientes, independientemente del estudio, del que procedemos a su memoria final, puesto que creemos hemos conseguido la participación del EAP para la captación y búsqueda de casos, que era el motivo de nuestro proyecto de mejora para el pronóstico y tratamiento del VHC.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1454 ========== ***

Nº de registro: 1454

Título
CRIBADO, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO (PE) PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON

Autores:
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, MILLAN GINER ESTHER, LOPEZ MIRANDA SOFIA, JARABA BECERRIL CARLOS, NAVARRA VICENTE BEATRIZ, TERREROS ARNEDO CARLOS, BOVIO HERAS GUILLERMO, TREMPS SANCHEZ LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1454

1. TÍTULO

CRIBADO,DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Describir las necesidades detectadas en la unidad, cuáles son las causas, cómo se han detectado, cuál es la situación de partida (puntos críticos en casuística, actividad, uso de recursos, resultados en salud). Describir la importancia y utilidad del proyecto, su relación con las prioridades de la organización y cómo contribuye a mejorar la situación de partida de la unidad.

En relación con el reciente PE para la eliminación de la Hepatitis C en Aragón, y para localizar casos perdidos o no diagnosticados por VHC, mejorar el control y seguimiento de los casos probados y valorar su ttº, queremos realizar el estudio en la ZS Sástago, para todos los pacientes de riesgo y los diagnosticados de Hepatitis C,así como el circuito para su derivación.

La hepatitis C causa importante morbi-mortalidad y la actual existencia de un ttº eficaz, mejorará la historia natural de la enfermedad, lo que podría llevar a una eliminación a largo-medio plazo de la infección. Organizando una prevención y un diagnóstico temprano, podremos derivar para un ttº y un seguimiento de los pacientes afectados.

En Aragón se estiman unos 3.922 y 5.491 pacientes con VHC ARN positivo (Infección activa). Un 53% de los casos, no presentaría fibrosis significativa (F0-F1), un 47% fibrosis mayor (F2) y un 32% fibrosis avanzada (F3-F4). En relación a la edad, la mayoría de los pacientes aragoneses han nacido entre 1955 y 1975.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Búsqueda activa de casos entre individuos con factores de riesgo:
Personas que se inyectan/ inhalan drogas (aunque solo haya sido una sola vez)
Personas con antecedentes de transfusión de sangre o hemoderivados antes de 1992
Personas con antecedentes de cirugía, procedimientos invasivos o intervenciones odontológicas antes de la utilización de material de inyección de un solo uso (1980).
Personas con antecedentes de hemodiálisis crónica
Recién nacidos de madres infectadas por VHC a partir de los 18 meses
Personas con infección VIH o VHB
Convivientes y parejas sexuales de personas infectadas por VHC
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
Trabajadores sexuales
Personas con antecedentes de internamiento en Instituciones Penitenciarias
Trabajadores tras una exposición accidental reconocida con material biológico posiblemente infectado
Personas con antecedentes de tatuajes, piercings o procedimientos con instrumental punzante (manicura, pedicura, acupuntura...) realizados sin las debidas precauciones de seguridad
Personas con hipertransaminemia o enfermedad hepática aguda o crónica

Personas de alguno de éstos colectivos: Instituciones penitenciarias, VIH o VHB, inmigrantes de zonas de alta prevalencia(Rumanía, Este y Centro de Asia, Africa y Oriente Medio)

2. La recogida de casos se realizará desde el Protocolo de OMI-AP : AP Adulto Factores de Riesgo Hepatitis C. Cribado y definición del factor de riesgo (Transmisión parenteral, sexual y otros), por el que se incluye en el programa.
Si cumple algún criterio, solicitar analitica de Diagnóstico de Hepatitis C.
Si el resultado es positivo (serología + y ARN +) : Infección activa, se solicitará Elastografía hepática desde OMI-AP (radiología)
De esta forma se podrá realizar un estudio estadístico de los resultados obtenidos.
Como objetivo, la realización del cribado en al menos un 75% de la población con factores de riesgo (captados por búqueda activa, al acudir a consultas de enfermería o medicina)

MÉTODO
Según lo señalado en el apartado anterior: Grupos de riesgo, cribado (Protocolo Factores de Riesgo Hepatitis C, en OMI-AP), analitica de Diagnóstico VHC, Elastografía en Infección activa. Creación del episodio: Cribado de Hepatitis C.
En una primera reunión con el EAP, el coordinador del proyecto, realizará una sesión informativa así como sobre el Plan Estratégico para la Eliminación de la Hepatitis C en Aragón..
Se entregará al EAP un algoritmo sencillo con factores de riesgo y protocolo de cribado.
En las reuniones de EAP, se establecerá una revisión bimensual para unificar la información
Se comunicará con los Trabajadores sociales de la zona, la existencia del programa, para acceder a poblaciones en riesgo, que están en relación con Servicios Sociales
Se informará a la comunidad, sobre el Plan estratégico, en el Consejos de Salud (trimestral), así como en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1454

1. TÍTULO

CRIBADO,DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON

Mesa de Violencia de Género(trimestral) con acceso a una mayor población.

INDICADORES
% cribado /población en riesgo
Nº casos negativos/población en riesgo
Infección activa / población en riesgo
Nº casos perdidos detectados tras revisión HCE (búsqueda activa)
Conseguir al menos un 75% de cribado respecto a la población de riesgo
Fuente de datos: OMI-AP e HCE Salud

DURACIÓN
El cribado se iniciará a partir de Mayo de 2019, y durante 1 año, con posibilidad de prolongarse.
Reuniones bimensuales del EAP para recogida de casos y valoración de estrategias
Comunicación de pacientes en ttº, y en caso de presentarlos, posibles efectos adversos, así como resultados favorables del mismo

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 - 2019/1492

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS TRAS LA UNIFICACION DE CRITERIOS DE ACTUACION DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES VILLANOVA VALERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE
TERREROS ARNEDO CARLOS
ALVAREZ ROY JOSE LUIS
MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION
ORTIZ OCHOA ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
.Revisión de listados de pacientes incluidos en programa Crónico Complejo en mes de Abril 2019 y Noviembre 2019
.Colocación de flash para personal Administrativo y Sanitario en historia del OMI de los pacientes CC informando de que están en el programa .
.Evaluación del registro de items, realizados por Enfermería .
Realización de un organigrama del circuito asistencial del PCC consensuado y aprobado por el Equipo en sesión clínica .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todos los pacientes que pertenecen al programa CC tienen flash identificativo que permite mejor identificación y manejo del personal Administrativo y Sanitario.
Mejor comprensión del Equipo Sanitario del proceso de atención a PCC .
Aumento de la implicación del Equipo en la captación y seguimiento del PCC.
Consenso entre los miembros del Equipo en la actuación y coordinación de la atención al PCC.
Datos Comparativos :
-COBERTURA o Porcentaje de pacientes de la población diana (GMA=> 97%) incluidos en el programa PCC en C.S. Sástago en Junio 2019 :16,33 % .Porcentaje de pacientes de la población diana incluidos en el programa PCC en C.S. Sástago al final del estudio : 16,67 %.. (Datos facilitados por Dirección del Area 2).
- Número de pacientes registrados en programa PCC en C.S.Sástago en abril del 2019 : 14 / Número de pacientes registrados en programa PCC en C.S. Sástago en Noviembre del 2019 : 17 .
- Número de pacientes en programa PCC con flash identificativo en Abril del 2019 : 4 / Número de pacientes en programa P CC con flash identificativo en Noviembre del 2019 : 17.
- Número de pacientes con fase de Acogida registrada en Abril 2019 : 12 / Número de pacientes con fase de Acogida registrada en Noviembre del 2019 : 16.
- Número de pacientes con fase de Valoración de Enfermería registrada en Abril del 2019 : 8 / Número de pacientes con fase de Valoración de Enfermería registrada en Noviembre del 2019 : 13.
- Número de pacientes con fase de Plan de Intervención registrada en Abril del 2019 : 4 / Número de pacientes con fase de Plan de Intervención registrada en Noviembre del 2019: 11. - - Porcentaje de pacientes en programa con fase de Plan de Intervención registrado en Junio del 2019 : 36 %, porcentaje al final del estudio : 71,43 % .(Datos facilitados por Dirección del Area 2).
- Número de pacientes al final del estudio con GMA mayor de 99% : 13 . Número de pacientes con GMA entre 97 y 99 % : 4 (estos no cumplen los 3 criterios establecidos para su inclusión, se han incluido en el programa por otras razones médicas).
.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A lo largo del periodo de Abril a Noviembre de 2019 se ha mejorado el conocimiento del protocolo del proceso de atención al PCC del Equipo.
Se ha aumentado de forma progresiva el número de pacientes incluidos en el programa, la información al paciente del proceso, así
como los registros de datos personales y de familiares de referencia del paciente .
Han mejorado los registros de Escalas y Test y de signos y síntomas relevantes a vigilar .
Se ha aumentado el conocimiento del circuito de derivación al servicio CC de forma urgente y de forma programada.
Queda pendiente de mejorar el registro del Plan de Intervención y completar los flash dirigidos a sanitarios especificando signos y
síntomas de alarma para conocimiento de todo el Equipo sanitario y permitir una rápida valoración..
Se concreta en sesión clínica del Equipo el 2 de diciembre del 2019 las dificultades que genera la derivación programada al servicio
CC mediante ambulancias, puesto que su gestión precisa de 48 horas de antelación, lo que dificulta y sobrecarga el servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1492

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS TRAS LA UNIFICACION DE CRITERIOS DE ACTUACION DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

urgencias sino se hace con esa previsión, lo que se comenta posteriormente con el servicio de CC.
Se concluye finalmente sobre la importancia de la citación en DEMNP para mejor registro de actividades a través de contacto
telefónico entre los miembros del Equipo de AP y el servicio CC.
Consideramos que la buena comunicación entre los responsables del servicio CC y nuestro Equipo sanitario ha mejorado la gestión
de los procesos en los que hemos intervenido de forma conjunta durante este periodo a estudio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1492 ========== ***

Nº de registro: 1492

Título
MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS TRAS UNIFICACION DE CRITERIOS DE ACTUACION DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

Autores:
VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES, ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE, TERREROS ARNEDO CARLOS, ALVAREZ ROY JOSE LUIS, MAYAYO PIÑOL CONCEPCION, ORTIZ OCHOA JOSE ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

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

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

PROBLEMA
La pluripatología crónica de la población que conlleva atención sanitaria por diversos especialistas médicos, con tratamientos diferentes que complican los cuidados del paciente de forma integral, el envejecimiento de la población rural, la distancia desde los domicilios a las consultas especializadas, las citas en diferentes días a varios especialistas que conlleva trastornos y confusiones del paciente y su familia y cuidador, el aumento del gasto sanitario (una gran parte de estos pacientes se deben trasladar en ambulancia). La saturación del servicio de urgencias hospitalarias provocadas en gran parte por este tipo de paciente, la duplicidad de pruebas complementarias y actos médicos conllevan un gran gasto sanitario.
- Favorecer la atención integral del paciente a través de la coordinación de sus responsables sanitarios directos de A. Primaria con el servicio del PCC.
- Mejorar la comunicación entre A.Primaria y A. Especializada con actuaciones consensuadas entre los miembros del E.A.P., que favorezcan la disminución de descompensaciones, efectos adversos y mala adherencia al tto.
- Mejorar la calidad de vida del paciente y la gestión de los recursos sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear herramientas que faciliten la identificación rápida del PCC
Mejorar los registros de OMI - AP
Monitorizar los resultados del protocolo.

MÉTODO
Disponer de una lista actualizada de los pacientes incluidos en el programa del PCC en los meses de Abril y Noviembre.
Evaluación de los items realizada por enfermería
Colocar flashes para personal sanitario y administrativo en OMI, indicando que es PCC.
Colocar flashes para personal sanitario indicando signos y síntomas de alarma del paciente.
Sesión Clínica en Mayo de 2019, para establecer un sistema de registro (organigrama) consensuado, que permita una actuación similar de todos los profesionales de E.A.P.
Reparto de tareas entre los miembros del E.A.P.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1492

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS TRAS LA UNIFICACION DE CRITERIOS DE ACTUACION DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

INDICADORES
Mejorar los resultados de la implementación del protocolo y la atención al PCC

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CELESTE GARCIA LANZON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
APARICIO JUEZ SARAY
AMATRIAIN BOLEAS EDURNE
IRIBARNE FERRER MARTA
RUIZ BARRANCO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las Andarinas del Tranvía son un grupo de personas, en su mayoría mujeres jubiladas, que realizan andadas con diferentes niveles de intensidad. Estas mujeres se reúnen en el Centro de Recursos Comunitarios del Tranvía (CRCT) y a través de una mínima guía realizan diferentes rutas de paseos todos los lunes del curso escolar (desde septiembre hasta junio). Tradicionalmente el CS Las Fuentes Norte ha estado estrechamente ligado con el Centro de Recursos Comunitarios el Tranvía, al estar en el mismo barrio el CS Torre Ramona se unió a la actividad de Las Andarinas del Tranvía mediante la colaboración con el CS Las Fuentes Norte. Los profesionales solemos ir dos Lunes de cada mes a impartir charlas o resolver dudas sobre la salud.

Desde 2018 dónde nació el proyecto se ha logrado una mejor gestión de los recursos humanos, organizando a través de un calendario los días que va cada profesional sanitario a dar una breve charla antes del paseo, o resolver dudas durante éste. Tras la andada se realizan estiramientos en los cuáles si surge también pueden tratarse temas de salud. En éstos dos años se han tratado muy diversos temas, todos relacionados con la sanidad, y especialmente con problemas a los cuáles ellas dan importancia y comparten luego sus experiencias de cómo viven esas situaciones. Algunos de los temas de los que se han hablado son la fibromialgia, la gripe, la artrosis, la artritis, el ejercicio físico y sus ventajas de incluirlo en el día a día, prevención con el sol, la sobrecarga del cuidador y como les afecta emocionalmente a ellas, la menopausia, cuidados en la HTA, las varices y cómo prevenirlas, además de infinidad de temas individuales que se nos han acercado a preguntar durante los paseos y que sería imposible plasmar en esta memoria (sequedad vaginal, si los tatuajes tienen algún riesgo para la salud, pérdida de un ser querido por enfermedad, etc). También se han realizado talleres de RCP y de espalda sana, llevados a cabo por residentes de enfermería y medicina en el primer caso y una fisioterapeuta en el segundo.

Las rutas que se llevaban a cabo en los paseos son “Camino de la alfranca”, “De los puentes” (en días lluviosos sobretodo), “río Gallego”, “soto de Cantalobos·. Si el clima lo impedía por fuertes lluvias se utilizaba el gimnasio del Centro el Tranvía para realizar estiramientos guiados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados son los mismos que han plasmado los compañeros de Las Fuentes Norte dado que estas actividades se realizan de manera conjunta con los profesionales de ambos centros.

-Encuesta de satisfacción: los datos recogidos, al finalizar el curso 2018, corresponden a la encuesta de satisfacción que desde la Fundación el Tranvía pasan a sus usuarios. Se trata de una encuesta general para todas las actividades que se realizan en el CRCT. Sólo la realizaron 9 usuarias de 39 apuntadas, y en varias preguntas no contestaron todas. En la valoración global de la actividad, las 5 participantes que contestaron, la valoraron con un 10. Cómo sugerencias apuntaron realizar menos estiramientos y un día más de actividad.

En 2019 se pasó otra encuesta de satisfacción que va del 0 (menor puntuación) al 10 (mayor puntuación). La rellenaron 21 participantes. 13 de ellos valoran con un 10 la actividad, 5 con un 9. La mayoría (95,2%) valoro positivamente que hubiese un profesional sanitario en las actividades, mientras que sólo una persona lo puntúo negativamente. Si hablamos del interés en los temas tratados y si fueron claros y concisos los 21 participantes dan notas entre 8-10 sobre 10 (mejor puntuación).

-Evaluación de las actividades: Tras los paseos los profesionales rellenábamos una rejilla de observación. Los datos nuevamente son los mismos que los de nuestros compañeros del CS Las Fuentes Norte, ya que se trabajaba conjuntamente. Los participantes de los paseos varían entre 10 (días con mucho frío o lluviosos) y 46. En general, los participantes tienen alguna idea de los temas que se tratan aunque tienen mayor curiosidad por los temas y parecen satisfechos cuando acaba la charla sobre ellos. Sienten que han aprendido o interiorizado mejor los conocimientos y desmentido ciertos mitos en algunos casos. El ambiente es positivo, no tardan en hacer preguntas, hablar entre ellos… la comunicación es fluida y el contexto ayuda a transmitir conocimientos de manera cercana. Los mayores problemas aparecen con las diferencias del ritmo en los paseos. Los que van muy rápido se quedan con ganas de más ya que se les quedan las andadas cortas, al contrario de los que llevan un ritmo más lento que sienten que no avanzan. Para limar asperezas a los más rápidos se les ánima a que hagan rutas por libre o con otro pequeño grupo por su cuenta otros días. Por otro lado a los de ritmo más lento se les alienta hablándoles de los progresos en ese tiempo y reforzando positivamente. Los talleres de RCP y espalda sana han sido valorados aparte con muy buena recepción y con ganas de repetir los talleres en años venideros.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

-Valoración de hábitos de las Andarinas: en septiembre de 2018 se pasó una ficha para valorar los hábitos de vida. De las 39 encuestadas el 76.3% si realiza algún tipo de actividad física. Entre las actividades que realizan se encuentra caminar, baile, zumba, nadar, espalda sana, bicicleta, yoga y gimnasia. En cuanto a la frecuencia con la que realizan el ejercicio, realizan 3 o más veces por semana ejercicio el 67.6% de las participantes. El 62,2% se desplaza de manera habitual por la ciudad en autobús y el 59,5% andando.
En septiembre de 2019 al inicio del curso hay 46 personas apuntadas a Andarinas. Prácticamente todos los integrantes (97,8%) realizan ejercicio físico. Lo que más se realiza es con un 91,1% caminar, seguido de un 37,8% que bailan, el 26,7% realiza gimnasia y el 11,1% practica natación. El 46,7% realiza estas actividades 3 o más veces por semana y tan sólo el 25,7% 2 veces por semana. Respecto al año pasado, aumenta el número de mujeres que se desplaza andado para recorrer la ciudad (84,4%). Más del 90% no consume tabaco, y en cuanto al alcohol, 18 personas consumen cerveza y una vino, con una frecuencia de 1-2 a la semana.

-Con respecto a los indicadores planteados: Número paseantes/ número inscritos (estándar > 50% en el 80% de los casos). Se pasa la lista de asistencia antes de cada paseo. A las integrantes no les gusto éste paso así que simplemente se contaba a los participantes. Entre los meses de febrero a junio de 2018 no se llegó al 50% de asistencia en el 80% de los casos. Pero de los meses de septiembre a diciembre asistieron el 50% de las participantes en un 100% de los casos (Inscritas en los paseos 39 en 2018. Asistencia entre 20 y 35). En 2019 solo se ha llegado al 50% de asistentes en el 60% de los casos. ¿Por qué estos datos? Creemos que puede ser por el método de recogida de datos que es poco preciso y sólo puede hacerse cuando un miembro del CS acude. Tal vez el clima y el horario también puedan influir. Parece que los profesionales no son el problema ya que en la encuesta de satisfacción (estándar: nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes), que es anónima, todos los apartados se puntúan con notas positivas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las Andarinas del Tranvía son un buen recurso comunitario al que se puede “prescribir” desde la consulta de enfermería o medicina a los usuarios que potencialmente se pueden beneficiar de la actividad aeróbica que se realiza. Tienen que ser usuarios que quieran provocar un cambio en sus hábitos de vida y que, tal vez de manera acompañada se les puede hacer más fácil la inclusión de ejercicio físico a su vida. En un grupo en el que se debaten temas sobre salud, se adquieren conocimientos y además se realiza ejercicio físico que la gran mayoría de público puede realizar (andar a un ritmo continuo) hacen de esta actividad una buena opción de salud.

De los indicadores arriba comentados se ha superado el de satisfacción. Por desgracia el resto no se han superado, por ello los profesionales sanitarios tenemos que plantearnos el porqué. Puede ser por el método de recogida de datos, que los usuarios queden otros días de la semana sin supervisión a hacer las andadas, que los días que se ha acudido hay menos gente participando ya sea por la climatología u otros motivos. Pese a todo el número de participantes inscritos ha aumentado en estos dos años, lo cual vemos como algo positivo ya sea porque al público le gusta la actividad o que se ha derivado más desde las consultas.

La planificación de los profesionales sobre qué días acuden a Andarinas es positiva tanto para la organización del centro como para la organización del Centro de Recursos. De esta manera se puede preparar la intervención educativa con una mayor organización y las usuarias saben que días van los profesionales de la salud a dar algún tema. También se ha podido ver el nivel de conocimientos que tiene la población de nuestro barrió sobre salud, al hablar de manera más distendida en un contexto desmedicalizando y no en la consulta. Además puede ser una buena actividad contra la soledad en ancianos.

Por otro lado en cuanto a los profesionales, al relacionarnos con otro centro de salud se puede intercambiar proyectos y resolver dudas entre nosotros.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/962 ========== ***

Nº de registro: 0962

Título
PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

Autores:
GARCIA LANZON CELESTE, APARICIO JUEZ SARAY, GONZALEZ ENGUITA MANUEL, RIABTSEVA MARYNA, SANTOLARIA SANCHO SOFIA, CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA, QUILEZ CUTILLAS BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En la zona básica de salud de Torreramona la morbilidad (dislipemia, sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, tabaquismo y abuso crónico de alcohol) es elevada. En Aragón, el 45% de los adultos no realiza ejercicio físico en su tiempo libre, llegando al 50% en las mujeres.
El estilo de vida de la sociedad actual favorece la inactividad física. Este comportamiento sedentario viene determinado por múltiples factores de tipo sociocultural, económico y medioambiental, por lo tanto, el abordaje requiere un enfoque multifactorial e intersectorial.
La Fundación el Tranvía lleva a cabo actividades dirigidas a promover el ejercicio físico en la población del barrio de Las Fuentes a través de paseos en el proyecto "Andarinas del Tranvía". Tras una encuesta de valoración de las necesidades de formación en la población que se realizó desde el C.S. Torreramona, se priorizaron los siguientes temas de intervención: recomendaciones de ejercicio físico, prevención de enfermedades cardiovasculares, estilo de vida y alimentación saludable.
Después de realizar unas actividades de educación grupal en la Fundación el Tranvía, se vio la oportunidad de establecer una colaboración más estable entre los dos centros del barrio Las Fuentes: La Fuentes Norte y Torreramona, participando en la actividad de las Andarinas del Tranvía e incorporando los temas de interés recogidos en la encuesta.
Según el Programa de Salud 2030 de Aragón, los programas de actividad física deben considerarse como una auténtica prescripción médica y revisarse cada 6 meses para evaluar los resultados funcionales. Otro aspecto que recoge es que no solo debe abordarse los problemas de salud física, sino también los de soledad, de exclusión y de brecha digital, creemos que a través de este proyecto se pueden trabajar dichos aspectos.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar una vida activa por medio de paseos.
Reconocer los beneficios del ejercicio a través de una valoración de su actividad diaria.
Crear un grupo estable que fomente una red social de andarinas.
Mejorar su capacidad al ejercicio, a través de las rutas de paseo programadas.
Modificar hábitos de desplazamiento.

MÉTODO
El grupo de Andarinas saldrá todos los lunes de septiembre a junio con los profesionales del Tranvía. Los profesionales del Centro de Salud acudirán dos lunes al mes. El grupo está abierto a todos los participantes mayores de 18 años. Se plantea formar dos grupos, uno de actividad básica y otro de actividad moderada. El horario es de 9.30 a 11.30 horas y el punto de encuentro la Fundación el Tranvía. Las rutas se realizarán por lugares cercanos al barrio de las Fuentes. Dependiendo del grupo y la ruta a realizar, los itinerarios oscilaran entre los 45-90 minutos. Al finalizar el paseo, se realizarán estiramientos.
Al inicio y final del curso se les pasará a los andarines una encuesta de hábitos. Los lunes que acudan profesionales de los centros de salud, se realizarán intervenciones educativas sobre los siguientes temas: ejercicio físico, dieta mediterránea, lectura de etiquetas, estrés, estiramientos y sobre temas que demanden los andarines. Tras los paseos se completará una rejilla de observación. Los Talleres se realizarán en el Tranvía o en el C. Salud y serán de espalda sana, de relajación y de reanimación cardiopulmonar básica.
Las reuniones del Equipo Andarinas del los Centros de Salud se realizarán en el CS y serán mensuales y las reuniones con El Tranvía serán bimensuales y se realizarán en el Tranvía o en el CS.

INDICADORES
Nº de paseantes/ nº de inscritos (estándar: > 50% en el 80% de los casos)
Encuesta de Satisfacción (estándar: nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes)
Encuesta de hábitos: realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar: en el 80% de los participantes)

DURACIÓN
La Evaluación se plantea a lo largo de todo el proceso: inicial, de seguimiento y final. Todos los integrantes realizarán funciones de evaluación en distintos momentos y en las reuniones de evaluación.
Encuesta de Satisfacción: Se valorará la satisfacción de andarinas y del equipo de trabajo.
Evaluación de Actividades: Se evaluarán las actividades con rejilla de observación y observador no participante/participante según la actividad. La observación será mixta, estructurada por medio de un check-list, y no estructurada por diario de campo.
Evaluación de Reuniones: por medio de las actas y por el desarrollo de las mismas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

```
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 - 2018/1352

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... EDGAR PEÑA GALO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMOS CACERES MARIA
GARCIA LANZON CELESTE
GARRIDO BALLESTEROS SERGIO
BALLESTA FUENTES JOSE
OTEGUI ILARDUYA LUIS
IRIBARNE FERRER MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al estructurar el plan de mejora del 2017 se incluyo dicho proyecto de mejora en el C/S de Torre Ramon. La primer actividad realizada fue un protocolo para la aprobación por parte de la Dirección del Sector, Zaragoza para el uso de la base de datos poblacional del centro (Obtenido el 25 de Junio, 2018). Luego se realizó una exploración poblacional para identificar la población diana y medir el nivel de alfabetización en salud (NAFS) utilizando la encuesta HLS-EU-Q86 (European Health Literacy Survey) versión en español y validada para Europa, también se obtuvieron los siguientes datos en OMI: fumadores, colesterol LDL, colesterol total, TA (PAS/PAD) y HbA1C en los últimos 3 meses. En un segundo momento se medió el nivel de adherencia terapéutico con el test Morisky-Green, con una intervención individual y focalizada en el paciente. Finalmente, 6-8 meses se volvió a medir en OMI: fumadores, colesterol LDL, colesterol total, TA (PAS/PAD) y HbA1C, con el objetivo de estimar los indicadores propuestos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Del total de la población (n = 9323) seleccionada de la base poblacional de Torre Ramona el 59.8% fueron mujeres, de este total únicamente 127 cumplieron los criterios de inclusión: paciente diabético con mal control metabólico (HbA1c > 7%), dislipemia de difícil manejo, paciente con evento coronario previo (IAM o angina con sospecha documentada), HTA de difícil manejo o insuficiencia cardiaca congestiva (ICC). En relación al NAFS en este grupo, observamos que más del 60% tenía una mala alfabetización sanitaria (inadecuada y/o problemática) con independencia del sexo (hombres: 58.9; mujeres: 72.0%; valor de p 0.520) y en relación a la adherencia terapéutica, esta fue inferior al 55%, siendo para hombres y mujeres 52% y 54% respectivamente con un valor del p 0.629. Tras intervención logramos cumplir con el indicador de paciente no fumador en ambos sexos (32%), el porcentaje de pacientes con LDL <70mg/dL y colesterol total <100mg/dL medido únicamente en pacientes con evento coronario fuel de 6 pacientes sobre un total de 7 lo cual representa el 85.7%. En relación a la tensión arterial (PAS < 140 y PAD <90) se logró en el 71.6% del total. Finalmente, el porcentaje de pacientes diabéticos tipo 2 con HbA1c <6.5% con menos de 10 años de evolución fue de 69.3% y en pacientes con diabetes tipo 2 mayor a 10 años con HbA1c <8% fue del 81.8%. Al medir la adherencia terapéutica tras la intervención no logramos el objetivo del 80%, ya que esta se logro en 93 pacientes, representando el 73.2%, pero si se incremento casi un 20% en relación a la inicial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de actividades de intervención a nivel comunitario requieren de un esfuerzo extra sobre el tiempo de trabajo. Se necesitan realizar mayor número de actividades con el objetivo de mejorar la alfabetización en salud y la adherencia a los tratamientos terapéuticos para optimizar los recursos disponibles.

7. OBSERVACIONES.
Los puntos críticos fueron la captación y seguimiento de dichos pacientes, para poder realizar las mediciones tanto en cuestionarios como en analíticas y eventos CV durante el desarrollo de las diferentes fases del mismo. Por otro lado, permitió que MIRes e EIRes pudieran participar en diferentes momentos de dicho proyecto (realizar encuestas, búsqueda de información en OMI-ap, análisis de los resultados, etc.)

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1352 ========== ***

Nº de registro: 1352

Título
ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Autores:
PEÑA GALO EDGAR, OTEGUI ILARDUTA LUIS, SAURAS YERA INES, BARCONES MOLERO MARIA FE, GARCIA LANZON CELESTE, RIABTSEVA MARYNA, AMATRIAIN BOLEAS EDURNE, FLORIANO RAMOS BEATRIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1352

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Cronico
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las enfermedades de origen vascular constituyen uno de los principales problemas de salud en España, son responsables de la mayor pérdida de años potenciales de vida y carga económica para el sistema sanitario. La prevención primaria de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables como la diabetes mellitus, la hipertensión o la dislipemia, el tabaquismo o la obesidad, constituyen una de las estrategias mas importantes para reducir su incidencia. Las estrategias de abordaje pueden ser poblacionales o individuales, ambas complementarias, pero en esta última se fundamenta la identificación de las personas con mayor riesgo. La Atención Primaria juega un rol importante en esta estrategia con mayor posibilidad de éxito debido a que es donde un individuo con FRCV se visualiza de forma integral. Existen guías clínicas que establecen medidas farmacológicas y no farmacológicas, todas ellas con beneficios demostrados pero los registros europeos demuestran un cumplimiento sistemáticamente bajo. Entre la causa mas común de esta baja adherencia encontramos tratamientos complejos, efectos adversos, edades avanzadas de los pacientes, bajo apoyo familiar, entre otros. Por ese motivo se hace necesario mejorar el enfoque de la consulta en la intervención con el paciente de FRCV alto al que se le realice un seguimiento repetido.
Los criterios de inclusión son: pacientes diabéticos con mal control metabólico (HbA1c > 7%), dislipemias de difícil manejo, pacientes con evento coronario previo (IAM o angina con sospecha documentada), HTA de difícil manejo o Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar el nivel de alfabetización en salud de los pacientes con RCV de difícil manejo
Captar la mayor parte de pacientes en riesgo cardiovascular
Disminuir la probabilidad de aparición de eventos cardiovasculares
Alcanzar las metas propuestas según las guías de práctica clínica europeas
Mejorar los indicadores de cumplimiento en cartera de servicios

MÉTODO
Las actividades están enfocadas en intervenciones de nivel individual, con un componente asistencial y otro comunitario.
.- Definir los criterios organizativos para el seguimiento: profesionales, horarios y circuitos.
.- Identificación de los casos a incluir en seguimiento y captación
.- En lo referente al componente asistencial su particularidad radicará en la identificación de aquellos factores farmacológicos, etiológicos y sociales que limiten el alcance adecuado de los objetivos planteados en relación a las guías clínicas europeas.
.- En cuanto al enfoque comunitario de plantea hacer visitas domiciliarias para conocer el contexto del paciente y partiendo de este, proponer alternativas que le ayuden a cambiar el estilo de vida, mejorar la adherencia al tratamiento y estrechar la relación con el equipo sanitario.

INDICADORES
Directos: Son los factores modificables y objetivables en cada pacientes incluido en estudio
Porcentaje de pacientes no fumadores: objetivo 40%.
Porcentaje de pacientes con LDL <70 mg/dl y colesterol NoHDL <100 mg/dl: Objetivo 50%
Porcentaje de pacientes Tensión arterial: PAS < 140 y PAD <90: objetivo 50%
Porcentaje de pacientes diabéticos con HbA1c < 6,5% en paciente con DM < 10 años y <8% en paciente con DM > 10 años: Objetivo 50%
Porcentaje de pacientes con una correcta adherencia al tratamiento farmacológico: Objetivo 80%
Porcentaje de pacientes sin enfermedad cardiovascular con RCV valorado y estratificado: Objetivo 80%
Indirectos: Están conformados por aquellos indicadores de implicación global en los resultados del EAP respecto a DM, LDP, HTA y RCV.

DURACIÓN
La duración del proyecto se fijan para dos años.
Julio- Agosto 2018 realización de los aspectos organizativos y logísticos. Identificación de casos
Segundo semestre del 2018 a primer semestre de 2019 captación de pacientes y primera evaluación.
Segundo semestre del 2019 a primer semestre de 2020 captación de pacientes y evaluación final del proyecto.

OBSERVACIONES
Los puntos críticos del programa están en el tiempo necesario para dar cobertura a dichos pacientes, tanto en el ámbito asistencial en el centro de salud como en el domicilio. Esto se debe a que el punto fuerte del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1352

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

proyecto es optimizar los recursos farmacológicos, asistenciales y sociales.
El CS TorreRamona acoge la formación de MIR y EIR de la especialidad familiar y comunitaria. Esta actividad puede ser beneficiosa para mejorar sus habilidades y destrezas de trabajo en equipo, mejorando la visión global de pacientes con RCV y planificación estratégica comunitaria.

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 - 2019/0244

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE ..... EDURNE AMATRIAIN BOLEAS
· Profesión ..... EIR
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LANZON CELESTE
RUIZ BARRANCO JESUS
IRIBARNE FERRER MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto se inicia en mayo de 2019 presentándose al EAP los objetivos a alcanzar y las actividades a realizar.
De esta manera se pretende incluir miembros interesados en participar así como informar al resto de compañeros para que tuvieran conocimiento de esta actividad y poder derivar a los pacientes desde la consulta.
Se formó al personal y se prepararon los cuatro talleres sobre alimentación saludable, ejercicio físico, adherencia al tratamiento y deshabituación tabáquica.
La idea es que los talleres sean dinámicos y que los talleres sean participativos, asi que aunque durante el taller se hace una explicación con Power Point como apoyo visual, se buscan actividades en las que los pacientes tengan que interaccionar (explicar recetas, leer etiquetas nutricionales…). Los talleres se llevan a cabo para un máximo de 15 personas por taller durante 1 hora aproximadamente)
Los recursos materiales necesarios para llevar a cabo los talleres son: sala multiusos del
Centro de Salud, ordenador y proyector; que fueron proporcionados por el mismo centro.
El comienzo de los talleres se está retrasando al estar esperando la lista de los usuarios pertenecientes al Centro de Salud de Torre Ramona subsidiarios de participar en esta actividad, que serían los que han finalizado la fase II de RHC en el Hospital Provincial y en el Hospital Miguel Servet para poder comenzar con la captación de los pacientes.
En el mes de octubre, durante el desarrollo de las jornadas de la Sociedad Aragonesa de Enfermería Cardiológica se aprovechó para
establecer una mejor coordinación entre Primaria y Especializada con el fin de mejorar la captación de los pacientes que han terminado la fase II en los mencionados centros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Por el momento no hay resultados puesto que el proyecto no se ha podido desarrollar como estaba previsto. Lo que ha mejorado es la educación a nivel individual al paciente cardiológico en la consulta de enfermería puesto que gracias a la formación recibida los profesionales se sienten más cómodos dando información en este ámbito.El proyecto continua a la espera de captación de pacientes, ya que esto de pende de conseguir la lista de pacientes que hayan finalizado la fase II de RHC. Cuando el número se pacientes interesados sea el suficiente de pacientes darán comienzo los talleres, puesto que ya se cuenta con la formación, profesionales y medios para llevarlo a cabo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El principal hándicap ha sido la falta de comunicación entre los niveles asistenciales lo que ha complicado la captación de pacientes y por lo tanto el llevar a cabo el proyecto.
Otro punto a destacar es que a los pacientes se les podría informar en el momento del alta a través de algún informe de enfermería en que acudan a su enfermera/o para entregar dicho informe y realizar un seguimiento, mejorando la calidad de vida de estos pacientes, la incrementarse la captación de pacientes subsidiarios de esta actividad así como un mejor control de manera individual, dando mayor visibilidad a la figura de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/244 ========== ***

Nº de registro: 0244

Título
IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
AMATRIAIN BOLEAS EDURNE, GARCIA LANZON CELESTE, RUIZ BARRANCO JESUS, IRIBARNE FERRER MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0244

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA

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
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La alta prevalencia y coste económico de los Enfermedades Cardiovasculares (ECV) hacen necesario ampliar el enfoque de su tratamiento con la prevención y promoción de la salud a la vez que se controlan los factores de riesgo ligados a estas patologías. Una actuación importante en el campo de la prevención secundaria de las ECV son los Programas de Rehabilitación Cardiaca (PRC).
Son numerosos los estudios que evidencian una mejoría en la calidad de vida así como disminución de la mortalidad tras los programas de rehabilitación cardiaca. Sin embargo, pese a los resultados y al efecto positivo coste-efectividad el desarrollo de estos programas es insuficiente en el mundo.
En la actualidad, la fase I y II de los PRC se encuentran en activo en nuestro sector. Sin embargo, la fase III, que consiste en mantener los hábitos de vida saludables adquiridos en las fases previas del programa y la cual se debería abordar desde atención primaria, no se encuentra implantada en este momento.

RESULTADOS ESPERADOS
Generales
Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular.
Reducir la mortalidad global y de causa cardiovascular en cardiopatía isquémica y en insuficiencia cardíaca, así como los reingresos.

Específicos
Mantener la capacidad funcional adquirida en la Fase II.
Disminuir los signos y síntomas de la enfermedad de base, tanto en reposo como en el esfuerzo, mejorando así la calidad de vida.
Promover un estilo de vida activo y saludable, mejorando la reinserción socio-laboral.
Mejorar la función cardiovascular, la capacidad física de trabajo, fuerza y flexibilidad.
Apoyo psicológico del paciente y sus familiares para entender y saber llevar la enfermedad cardiovascular con conciencia y corrección del estilo de vida.
Educar a los pacientes para el control de factores de riesgo coronario, alimentación saludable e incorporación de la actividad física.

MÉTODO
La población diana a la que va dirigido el programa son pacientes con ECV que hayan realizado la Fase II del PRC y pertenezcan al centro de salud.
Las actividades que se van a ofertar son 4 talleres grupales sobre los siguientes temas:
Alimentación saludable: promoción de la dieta mediterránea, conocimiento del etiquetado nutricional y elaboración de la cesta de la compra.
Ejercicio físico: habituación al ejercicio físico, correcto desarrollo de la actividad y conocimiento de los limitantes físicos.
Adherencia al tratamiento: aprendizaje de su enfermedad y del tratamiento con la finalidad de que adquieran conocimientos para involucrarse de forma activa en su tratamiento.
Deshabituación tabáquica: reforzar la conducta de abandono del hábito tabáquico y prevenir recaídas en el consumo.
Con el fin de garantizar la continuidad en la atención de estos pacientes en consultas de AP, se realizará una sesión formativa al EAP para orientar su actividad en el seguimiento de los pacientes que hayan realizado la Fase II de RHC.

Los talleres tendrán una duración entorno a 1 hora y media y con un número máximo de 15 participantes por taller.
Se irán repitiendo ciclos de talleres, según se vayan captando pacientes.

INDICADORES
Nº pacientes interesados en realizar los talleres/Nº pacientes que han pasado por la Fase II de RHC
Nº pacientes acuden al taller de alimentación en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes acuden al taller de ejercicio físico en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0244

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA

Nº pacientes acuden al taller de adherencia al tratamiento en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes acuden al taller de deshabituación tabáquica en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes que valoran con una puntuación de 8 o más su satisfacción con el programa de fase III/ Pacientes que participan en la encuesta de satisfacción.
Estándar 80%

DURACIÓN
Mayo de 2019: presentación del proyecto en equipo
Junio, julio y agosto de 2019: Organización del equipo de trabajo y preparación de los talleres
Septiembre de 2019: captación de los pacientes
Octubre, noviembre, diciembre y enero de 2019: realización de los talleres
Febrero de 2020: 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 - 2019/1188

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN DETECCION E INTERVENCION SOBRE TABAQUISMO EN EL C.S. TORRERAMONA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA SANTOS VISUS LOZANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AMATRIAIN BOLEAS EDURNE
TORRE PEREZ BELEN
GONZALEZ GUILLEN VIOLETA
BUJEDA HERNANDEZ DANIEL
LOPEZ VILLARROYA TRINIDAD
QUILEZ CUTILLAS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Comenzamos con el proyecto la ultima semana de mayo coincidiendo con la Semana Mundial Anti tabaco. El inicio fue con captación activa, utilizando una mesa informativa a la entrada del centro de salud y proporcionando información escrita a los fumadores que captábamos. A los que no estaban interesados en dejar de fumar se les proporcionaba consejo breve y a los interesados en hacer un intento se les citaba en ese mismo momento para una consulta monográfica en función de la disponibilidad de la agenda.
Dicha consulta se realiza una vez a la semana quedando fijado como día el miércoles, comenzando en junio de manera voluntaria fuera de jornada laboral en horario de tarde por problemas de recursos humanos para sustitución.
Durante los meses de julio, agosto y primera quincena de septiembre la consulta fue cubierta exclusivamente por los residentes tanto EIR como MIR en turnos de mañana y tarde según disponibilidad. A partir de esa fecha, las titulares de enfermería se hacen más cargo de la consulta al poder ser sustituidas.
En la primera consulta se hace la acogida del paciente y se realizan los Test de Richmond y Fagerström para cuantificar motivación y dependencia. Ademas siguiendo las recomendaciones de la Guía Anti tabaco de la SemFyC se les pauta TSN como primera opción u otro tratamiento farmacológico si es necesario; en caso de enfermería se deriva a medicina para la prescripción. También llevamos a cabo una entrevista motivacional y proponemos terapia cognitivo conductual en todos los casos.
Se realiza seguimiento telefónico a la semana de la fecha de cese de tabaco, ofreciendo consulta presencial si lo desean. El resto de consultas de seguimiento se realizan al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año, haciendo las primeras presenciales para luego pasar a telefónicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La fuente de información es el cuadro de mandos de OMI. Partíamos en mayo de 2019 : detección de tabaco de 5201 pacientes (37,31%). Para llegar a diciembre de 2019 con 7600 pacientes (45,24%). En intervención partíamos en mayo 2019 con 1371 pacientes (50,76%), para llegar en diciembre 2019 a 1730 pacientes (53,73%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En primer lugar, el proyecto ha cumplido con los objetivos propuestos.
Para la sostenibilidad del proyecto es importante la implicación de los titulares del centro, para lo cual es necesario dotar de recursos humanos para su sustitución. Asimismo es necesario la formación de dichos profesionales ofreciendo cursos en la materia. Además para mejorar la calidad asistencial consideramos necesario que se nos dote de un cooxímetro en consulta. De cara al año que viene, continuaremos con el proyecto para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes promocionando hábitos de vida saludables .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1188 ========== ***

Nº de registro: 1188

Título
PROGRAMA DE MEJORA EN DETECCION E INTERVENCION SOBRE TABAQUISMO EN EL C.S. TORRERAMON

Autores:
VISUS LOZANO MARIA SANTOS, AMATRIAIN BOLEAS EDURNE, TORRE PEREZ BELEN, GONZALEZ GONZALEZ GUILLEN, RAMOS CACERES MARIA, CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA, GARCIA LANZON CELESTE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1188

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN DETECCION E INTERVENCION SOBRE TABAQUISMO EN EL C.S. TORRERAMONA

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Nuestro resultado en la detección de de consumo de tabaco en nuestro centro de salud en el 2018 ha sido menor que el año anterior (42,95%,) con una tendencia a la baja desde 2016 (47,56%), aunque nuestro resultado sea superior al del Sector y el Salud.
Así mismo, aunque nuestra tendencia en intervención sobre el tabaco va en aumento, el último año ha sido muy discreta, del 48,99% al 49,13% y es inferior al Sector y el Salud.
La principal cauda es la variabilidad entre los cupos con variaciones en la detección del 16,94% al 73,33% y en la intervención entre el 14,78% al 85,20%. Nuestra estrategia de estos años se ha basado en disminuir esa variabilidad con sesiones de formación para mejorar la actividad y el registro en OMI-AP, también en mejorar la captación a través de carteles informativos en sala de espera para sensibilizar y ofertar el servicio. El tabaco es unos de los principales motivos de enfermedad y muerte en nuestro entorno y de ahí la importancia en incidir en su detección e intervención.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la detección de tabaco al 47,56% (dato del 2016) entre la población diana
Aumentar la intervención sobre tabaco (breve o intensiva) al 55% entre la población diana

MÉTODO
Nuestra estrategia se basa en realizar campañas de captación oportunista en los accesos al centro de salud a personas mayores de 15 años.
Se establece un puesto con cartelería e información escrita sobre el tabaco y con personal sanitario del centro (MIR, EIR o titulares). Se pregunta a los pacientes, si acepta, si fuma, en caso afirmativo si desearía hacer un intento de abandono. Si la respuesta es negativa se da consejo breve, se entrega información escrita y se oferta su profesional de referencia si cambia de opinión. En caso afirmativo se oferta cita en consulta monográfica de tabaco o con su profesional de referencia. Por último se toma dato de filiación y resultado de la intervención para su registro en OMI-AP.
Se ha estimado el número de personas que serían necesarias para alcanzar los objetivos: en la detección se estima unas 500 personas y en intervención la 200. Para calcular el número de jornadas calculara el rendimiento mediante una prueba piloto con dos profesionales.

INDICADORES
Porcentaje de mayores de 15 años con anamnesis sobre tabaco a 1 de diciembre de 2019 en cuadro de mandos del centro de salud.
Porcentaje de mayores de 15 años con episodio de tabaco e intervención sobre tabaco a 1 de diciembre de 2019 en cuadro de mandos del centro de salud.
Fuente: cuadro de mandos de los indicadores clínicos del acuerdo de gestión clínica.

DURACIÓN
Inicio Mayo 2019 y Fin Diciembre 2019
Mayo: Preparación de material, sesiones de formación e información al EAP y prueba piloto.
Junio a Noviembre: Actividad
Diciembre: Evaluación y conclusiones

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 - 2019/1211

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP TORRE RAMONA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE BRUSCAS ALIJARDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OTEGUI ILARDUYA LUIS
PEREZ ARANDA MARIA JESUS
BLESA RAMIREZ MARIA
SAURAS YERA CRISTINA INES
MONEO HERNANDEZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.
El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.
Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.
Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.
En el EAP TORRE RAMONA, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:
1. Sesiones formativas:
-El responsable de antibióticos del EAP EN ESES MOMENTO, Dra Mª José Bruscas Alijarde, ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.
-Posteriormente, la responsable de antibióticos del EAP mencionada ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
• Abordaje de infecciones respiratorias: fecha 9/4/2019
• Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha 5/9/2019
En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio
El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.
2. Revisión de casos clínicos
-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.
- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1211

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP TORRE RAMONA

herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.
- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos
En el EAP hemos dado 3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.
Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.
El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.
2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
• En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.
En cuanto a resultados:
o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 12,2, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 14,52).
o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación. En diciembre 2018 el valor era del 3,50% siendo en diciembre 2019 de 2,50 % DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos:
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.
3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
• El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron del 42,94% y del 35,88% respectivamente.

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 39,74% y del 29,49% respectivamente.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.
Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1211

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP TORRE RAMONA

aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.
Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.
Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1211 ========== ***

Nº de registro: 1211

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP TORRE RAMONA

Autores:
BRUSCAS ALIJARDE MARIA JOSE, OTEGUI ILARDUYA LUIS, PEREZ ARANDA MARIA JESUS, BLESA RAMIREZ MARIA, SAURAS YERA CRISTINA INES, MONEO HERNANDEZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
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
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Aunque los factores causantes del problema son diversos, el uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales. En cuanto al consumo de ATB, España (DHD receta oficial 16,17) es uno de los países con un mayor consumo y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11. La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tiene especial repercusión en la reducción del consumo de antibióticos. A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando diferentes acciones en esta línea. Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP TORRE RAMONA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados.

RESULTADOS ESPERADOS
- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas.
- Actualizar a los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO
1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1211

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP TORRE RAMONA

- Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico. Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados: consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100.Valor 2018: 3,2 %. Objetivo 2019: =2,0
- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
  - % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias .Valor 2018: 42,94 %. Objetivo 2019: Disminuir
  - % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias. Valor 2018: 35,88 %. Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN
Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con infecciones del tracto urinario por parte de la responsable.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo y revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018 por parte de todos los participantes.

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 - 2018/0158

1. TÍTULO

PROMAGRMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN IES BLECUA - CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA MARCO IBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCOS MAYOR LAURA
LABAT PONSA RAQUEL ESTHER
GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA
SANZ MARTINEZ LAURA
BABIANO CASTELLANO BELEN
GARCIA CACHO MILAGROS
GIMENO SANZ ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. Tras crear un equipo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente del centro escolar, se elaboraron dos talleres dirigidos a alumnos entre los 12 y 14 años de edad. Uno de ellos sobre Hábitos de vida saludable y otro basado sobre una Escuela de espalda sana. En las dos ediciones realizadas hasta el momento, el método utilizado ha sido diapositivas en formato ppt, como apoyo teórico para ambos talleres, además del programa Kahoot para el primer taller y las instalaciones del gimnasio del centro de salud para el segundo taller, ambos con el objetivo de incentivar la participación de los asistentes y favorecer el aprendizaje. Fue posible realizar las actividades programadas de acuerdo al calendario previsto, gracias a la coordinación de las trabajadoras sociales del centro de salud y el centro escolar, la participación de la odontóloga y fisioterapeuta, así como del personal sanitario y el profesorado participantes en el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. La media de asistentes a cada taller fue de 70 alumnos de edades comprendidas entre los 12 y 14 años, valor concordante con lo planificado. En ambas ediciones el porcentaje de aciertos a los preguntas planteadas mediante el programa Kahoot superaba el 75% (se plantearon 25 preguntas con cuatro posibles respuestas con solo una verdadera), frente al 70% para la encuesta de evaluación posterior al taller de Escuela de espalda sana (se plantearon 10 preguntas con 4 posibles respuestas con solo una verdadera).
La satisfacción de los usuarios, en ambos casos, fue de 4.5 sobre una escala de 5 puntos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. Esta actividad nos ha permitido conocer la elaboración y puesta en marcha de un programa de educación para la salud, así como su impacto en los alumnos de un centro escolar de nuestra zona, por lo que consideramos que esto puede ser la base de futuras colaboraciones que acerquen el centro de salud a la población de su barrio.

7. OBSERVACIONES.

========== Proyecto correspondiente ==========

Nº de registro: 0158

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL IES BLECUA - CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ

Autores:
MARCO IBAÑEZ ALMUDENA, LABAT PONSA RAQUEL ESTHER, VALTUEÑA CAMACHO MARTA, MARCOS MAYOR LAURA, GARCIA JULVEZ MARIA, SANZ MARTINEZ LAURA, BABIANO CASTELLANO BELEN, GARCIA CACHO MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades Comunitarias
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde hace dos años en nuestro centro de salud se organizan talleres teórico - prácticos sobre estilos y hábitos de vida saludables (higiene bucodental, alimentación, educación sexual, tóxicos, actividad física, primeros auxilios, higiene del sueño y uso adecuado del sistema sanitario) en adolescentes de uno de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0158

1. TÍTULO

PROMAGRMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN IES BLECUA - CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ

centros educativos de la zona. La iniciativa partió desde los distintos niveles asistenciales de atención primaria (trabajo social, médicos, enfermería y ondotología) y profesores ya que se detectó un deficit de conocimientos en los campos mencionados previamente.
El taller se diseñó con una primera intervención teórica sobre higiene bucodental y una segunda parte con ayuda de la plataforma Kahoot, que permitía la participación activa de los alumnos, la cual fue utilizada para la explicación de los distintos conceptos planteados con una encuesta final de evaluación.
Consideramos necesaria esta intervención por el impacto que los determinantes de la salud tienen en la calidad de vida y la morbimortalidad. Así mismo, es importante concienciar a los jóvenes sobre la importancia de adquirir una actitud activa sobre su propia salud desde edades tempranas.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Afianzar conceptos básicos sobre higiene bucodental
2. Eliminar mitos establecidos en nuestra sociedad sobre alimentación
3. Fomentar ejercicio físico en adolescentes
4. Educación sexual
5. Introducción a técnicas básicas de primeros auxilios
6. Uso adecuado de recursos sanitarios
7. Reforzar conocimientos adquiridos sobre el consumo de tóxicos
8. Establecer un vínculo de soporte entre el centro de salud y el centro educativo.
9. Ampliar conocimientos en educación para la salud de MIR/EIR y estudiantes que se forman en nuestro centro de salud.

Los objetivos 1-8 están dirigidos a alumnos de educación secundaria en edades comprendidas entre los 12 y los 14 años.

MÉTODO
1. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente
2. Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros centros
3. Determinar población diana
4. Establecer objetivos docentes
5. Elaboración del contenido del taller
6. Redacción de encuestas de evaluación de conocimentos adquiridos
7. Estudio de los resultados de las encuentas para plantear posibles mejoras en futuras intervenciones

INDICADORES
1. Grado de satisfacción de los participantes valorado en escala (1-5)
2. Porcentaje de asistencia:Nº de asistentes/ Nº de asistentes previstos
3. Porcentaje de aciertos: Nº de aciertos/ Nº total de preguntas

DURACIÓN
Agosto: Creación del grupo de trabajo y planteamiento del proyecto
Septiembre: Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros centros
Octubre: Determinación de población diana. Establecimiento de objetivos docentes
Noviembre y Diciembre: Elaboración del Taller. Redacción de encuestas de evaluación de conocimentos adquiridos
Enero: Taller para alumnos
Febrero y marzo: Estudio de los resultados de las encuentas para plantear posibles mejoras en futuras intervenciones
Mayo: Planteamiento de posibles líneas de mejora: Escuela de espalda

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 - 2018/0709

1. TÍTULO

PROGAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO LA PAZ

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ..... CATERINA GRAMUGLIA NUÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO IBAÑEZ ALMUDENA
MARCOS MAYOR LAURA
LABAT PONSA RAQUEL ESTHER
SANZ MARTINEZ LAURA
GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE
BABIANO CASTELLANO BELEN
SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una vez creado un equipo de trabajo multidisciplinar, con personal sanitario, se elaboró el contenido del taller con diapostivas en formato ppt, como apoyo para breve explicación teórica inicial, word con 5 casos prácticos para afianzar las habilidades aprendidas, varios videos explicativos y encuestas de valoración y evaluación del taller. Se difundió propaganda del taller através de los profesionales del centro de salud, miembros del consejo del salus y algunos comercios del barrio. Los participanes podían inscribirse en admisión del centro de salud en horario de mañana o tarde del mismo día, con un total de dos ediciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados de las encuestas de valoración y evaluación del taller se recogieron mediante un formato excel. El número total de asistentes se limitó a 20 por turno, con un total de 40 para cada edición. El grado de satisfacción en escala del 1 al 5 obtuvo una media de 4.5, valorándose el planteamiento de ejemplos, los materiales utilizados, las condiciones del aula, la resolución de dudas planteadas y la elaboración global del taller. En el test de evaluación se plantearon 5 preguntas con 4 posibles respuestas, siendo la puntuación media de aciertos de 8 sobre 10. Respecto a la habilidades prácticas entrenadas (técnica y secuencia de RCP, maniobra de desobstrucción de vía aérea) el porcentaje de éxito oscilaba entre el 70% y 80% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a este proyecto hemos podido percibir como nuestra intervención puede repercutir positivamente en la salud de la población. El alto grado de aceptación de esta iniciativa nos ha permitido conocer el gran interés que suscita este tipo de actividades en los usuarios, y como gracias a su impliación se puede fomentar la creacción de redes de colaboración mutua.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/709 ========== ***

Nº de registro: 0709

Título
PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ

Autores:
GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA, MARCO IBAÑEZ ALMUDENA, LABAT PONSA RAQUEL ESTHER, SANZ MARTINEZ LAURA, MARCOS MAYOR LAURA, GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE, BABIANO CASTELLANO BELEN, SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ACTIVIDAD COMUNITARIA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0709

1. TÍTULO

PROGAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO LA PAZ

PROBLEMA
Desde el Consejo de Salud de nuestro barrio se solicito la posibilidad de impartir talleres teórico-prácticos sobre primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar básica y uso de desfibrilador externo automático (DEA).
El objetivo es proporcionar conocimientos y habilidades básicas necesarias para una primera asistencia ante una potencial emergencia, puesto que el inicio precoz de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) mejora el pronóstico y la supervivencia de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Proporcionar conocimientos anatómicos básicos.
2. Instruir en el reconocimiento de la gravedad de la situación clínica y la necesidad de actuación urgente.
3. Proporcionar un protocolo adecuado de actuación y adaptarlo a los recursos disponibles.
4. Entrenamiento técnico en maniobras de RCP básica y uso de DEA.
5. Eliminar mitos establecidos en nuestra sociedad sobre técnicas de actuación inadecuadas.
6. Resaltar la importancia del trabajo en equipo para mejorar el pronóstico de los pacientes.

MÉTODO
1. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente.
2. Revisión de bibliografía y actvidades similares realizadas en otros centros
3. Determinar población diana
4. Establecer objetivos docentes
5. Elaboración del contenido del taller
6. Conseguir los recursos materiales necesarios para el desarrollo del taller.
7. Estudio del resultado de encuentas de satisfacción

INDICADORES
1. Grado de satisfacción de los participantes valorado en escala (1-5)
2. Porcentaje de asistentes: Nº asistentes/ Nº de asistentes previstos
3. Porcentaje de técnica adecuada: Porcentaje de participantes que realizan masaje cardiaco correcto (a juicio del evaluador)/ Total de participantes
4. Porcentaje de secuencia correcta: Nº de asistentes capaces de realizar una secuencia correcta de comprobación tras detectar que el paciente está insconsciente a la finalización del curso/ Total de asistentes
5. Porcentaje de desobstrucción adecuada de vía aérea: Nº de asistentes que resuelven correctamente una situación de desobstrucción de vía aérea al finalizar el curso / Total de asistentes

DURACIÓN
Julio 2018: Creación del equipo de trabajo y planteamiento del proyecto.
Agosto 2018: Revisión de la bibliografía, determinación de la población diana y objetivos.
Septiembre 2018: Elaboración e impartición del taller.
Octubre 2018: Estudio de los resultados para valorar posibles líneas 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 - 2019/0167

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD: TORRERO-LA PAZ

Fecha de entrada: 04/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LAURA SANZ MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZAMORA LANDA JAVIER LUIS
FERRER GAZOL ANA CARMEN
MALLOR BERNAD MARIA PILAR
DIEZ ROMEO ANA ISABEL
VAZQUEZ ARIZA JAVIER
CASAS BIELSA JULIA
RASAL MELUS MARIA BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el mes de mayo del 2019 se presentó el proyecto al equipo con las actividades y objetivos que se pretendían alcanzar. Fue una oportunidad para incluir a miembros del equipo que querían colaborar con el proyecto, así como dar a conocer al resto de compañeros la iniciativa para que la difundieran a los pacientes en su consulta.
En los meses de verano se formó al personal y se preparó el material para llevar a cabo los cuatro talleres sobre alimentación saludable, ejercicio físico, adherencia al tratamiento y deshabituación tabáquica.
Se pretende que los talleres sean participativos por lo que se preparó una presentación en Power Point como apoyo visual, y otros recursos como etiquetas o envases de alimentos para hacerlo más dinámico. Se fijó una duración de 1 hora aproximadamente con un número máximo de 15 participantes por taller.
También se consiguieron los recursos materiales necesarios para llevar a cabo los talleres: sala multiusos del centro de salud, portátil y proyector.
Para llevar a cabo los talleres se está esperando una lista con los pacientes pertenecientes al CS de Torrero La Paz que finalizaron la fase II de RHC en el hospital provincial y en el hospital Miguel Servet para poder empezar a captar a los pacientes.
En el mes de octubre, se aprovechó unas jornadas de la Sociedad Aragonesa de Enfermería Cardiológica para establecer una mejor coordinación entre los distintos niveles asistenciales con el fin de mejorar la captación por parte de atención primaria de los pacientes que han terminado la fase II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Continuamos a la espera de conseguir una lista de pacientes que hayan finalizado la fase II de RCH para iniciar la captación de pacientes.
Aprovechando la formación del equipo del centro de salud se ha utilizado para reforzar la educación a nivel individual en cada consulta a pacientes cardiológicos.
En cuanto se consiga un número suficiente de pacientes interesados darán comienzo los talleres, puesto que ya se cuenta con la formación, profesionales y medios para llevarlo a cabo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La falta de una buena comunicación entre los distintos niveles asistenciales ha complicado la puesta en marcha de los talleres.
También hace falta mejorar la visibilidad de la enfermería para que aquellos pacientes que acaban la fase II de RHC no solo acudan a su médico de atención primaria para dar el informe de alta de cardiología, sino también a su enfermera/o referente. De esta forma aumentaría la captación de pacientes lo que permitiría iniciar un seguimiento individual y poner en marcha la educación grupal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/167 ========== ***

Nº de registro: 0167

Título
IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD: TORRERO-LA PAZ

Autores:
SANZ MARTINEZ LAURA, ZAMORA LANDA JAVIER LUIS, FERRER GAZOL ANA CARMEN, MALLOR BERNAD MARIA PILAR, DIEZ ROMEO ANA ISABEL, VAZQUEZ ARIZA JAVIER, CASAS BIELSA JULIA, RASAL MELUS MARIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0167

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD: TORRERO-LA PAZ

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
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La alta prevalencia y coste económico de los Enfermedades Cardiovasculares (ECV) hacen necesario ampliar el enfoque de su tratamiento con la prevención y promoción de la salud a la vez que se controlan los factores de riesgo ligados a estas patologías. Una actuación importante en el campo de la prevención secundaria de las ECV son los Programas de Rehabilitación Cardiaca (PRC).
Son numerosos los estudios que evidencian una mejoría en la calidad de vida así como disminución de la mortalidad tras los programas de rehabilitación cardiaca. Sin embargo, pese a los resultados y al efecto positivo coste-efectividad el desarrollo de estos programas es insuficiente en el mundo.
En la actualidad, la fase I y II de los PRC se encuentran en activo en nuestro sector. Sin embargo, la fase III, que consiste en mantener los hábitos de vida saludables adquiridos en las fases previas del programa y la cual se debería abordar desde atención primaria, no se encuentra implantada en este momento.

RESULTADOS ESPERADOS
Generales
Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular.
Reducir la mortalidad global y de causa cardiovascular en cardiopatía isquémica y en insuficiencia cardíaca, así como los reingresos.
Específicos
Mantener la capacidad funcional adquirida en la Fase II.
Disminuir los signos y síntomas de la enfermedad de base, tanto en reposo como en el esfuerzo, mejorando así la calidad de vida.
Promover un estilo de vida activo y saludable, mejorando la reinserción socio-laboral.
Mejorar la función cardiovascular, la capacidad física de trabajo, fuerza y flexibilidad.
Apoyo psicológico del paciente y sus familiares para entender y saber llevar la ECV con conciencia y corrección del estilo de vida.
Educar a los pacientes para el control de factores de riesgo coronario, alimentación saludable e incorporación de la actividad física.

MÉTODO
La población diana a la que va dirigido el programa son pacientes con ECV que hayan realizado la Fase II del PRC y pertenezcan al centro de salud Torrero-La Paz.
Las actividades que se van a ofertar son 4 talleres grupales sobre los siguientes temas:
Alimentación saludable: promoción de la dieta mediterránea, conocimiento del etiquetado nutricional y elaboración de la cesta de la compra.
Ejercicio físico: habituación al ejercicio físico, correcto desarrollo de la actividad y conocimiento de los limitantes físicos.
Adherencia al tratamiento: aprendizaje de su enfermedad y del tratamiento con la finalidad de que adquieran conocimientos para involucrarse de forma activa en su tratamiento.
Deshabituación tabáquica: reforzar la conducta de abandono del hábito tabáquico y prevenir recaídas en el consumo.
Con el fin de garantizar la continuidad en la atención de estos pacientes en consultas de AP, se realizará una sesión formativa al EAP para orientar su actividad en el seguimiento de los pacientes que hayan realizado la Fase II de RHC.
Los talleres tendrán una duración entorno a 1 hora y media y con un número máximo de 15 participantes por taller.
Se irán repitiendo ciclos de talleres, según se vayan captando pacientes.

INDICADORES
No pacientes interesados en realizar los talleres/No pacientes que han pasado por la Fase II de RHC
No pacientes acuden al taller de alimentación en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
No pacientes acuden al taller de ejercicio físico en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
No pacientes acuden al taller de adherencia al tratamiento en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
No pacientes acuden al taller de deshabituación tabáquica en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
No pacientes que valoran con una puntuación de 8 o más su satisfacción con el programa de fase III/ Pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0167

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD: TORRERO-LA PAZ

que participan en la encuesta de satisfacción.
Estándar 80%

DURACIÓN
Mayo de 2019: presentación del proyecto en equipo
Junio, julio y agosto de 2019: Organización del equipo de trabajo y preparación de los talleres
Septiembre de 2019: captación de los pacientes
Octubre, noviembre, diciembre y enero de 2019: realización de los talleres
Febrero de 2020: 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 - 2019/1183

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... VICENTE VILLAR SEBASTIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA
LABAT PONSA RAQUEL ESTHER
MARCO IBAÑEZ ALMUDENA
MARCOS MAYOR LAURA
MURILLO MARTIN ALBERTO
SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO
SIMON SERRANO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-FIRMA DEL "COMPROMISO DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA CON LOS PRINCIPIOS DE BUEN USO DE ANTIBIOTICOS " POR LA MAYOR PARTE DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO.
-COLOCACION DEL CARTEL DE DICHO COMPROMISO BIEN,AL LADO DE LAS PUERTAS DE ACCESO A LAS CONSULTAS O DENTRO DE LAS MISMAS.
-IMPARTICION DE SESIONES CLINICAS AL EAP:
-PRESENTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA (PROA-AP)PARA ARAGON.
-ACTUALIZACION EN PATOLOGIA INFECCIOSA RESPIRATORIA .GUIA DE TRATAMIENTO ANTIBIOTICO IRASPROA-AP.
-RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO AÑO 2019.
-ACTUALIZACION EN PATOLOGIA INFECCIOSA URINARIA.GUIA DE TRATAMIENTO ANTIBIOTICO IRASPROA-AP.
-COLOCACION DEL CARTEL "GRIPE ... PASALA EN CASA" EN EL TABLON DE ANUNCIOS AL LADO DE ADMISION DEL CENTRO DE SALUD.
-ASISTENCIA A REUNIONES DE RESPONSABLES DE ANTIBIOTICOS DE EAP.
-ASISTENCIA A REUNIONES DE GRUPO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA PRIMARIA).
-PRESENTACION DE CASOS CLINICOS EN SESIONES DOCENTES DE EQUIPO SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS.
-UTILIZACION HABITUAL DE METODOS DE DIAGNOSTICO RAPIDO (STREPTOTEST).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-CONCIENCIACION DEL EQUIPO SOBRE UTILIZACION RACIONAL DE ANTIBIOTICOS .
-DISMINUCION DE CONSUMO DE ANTIBIOTICOS DE USO SISTEMICO POR EAP DE 2019 (12,6 - 12) RESPECTO A 2018.(SERVICIO DE FARMACIA DE AP).
-AUMENTO DE CONSUMO RELATIVO DE ANTIBIOTICOS DE ESPECTRO REDUCIDO RESPECTO AL TOTAL EN EL MISMO PERIODO (43,1%-47,1%) MISMA FUENTE .
-AUMENTO DEL CONSUMO DE AMOXICILINA SIN CLAVULANICO (61,9%-65,9%),MISMO PERIODO,MISMA FUENTE .
-DISMINUCION DEL CONSUMO DE MACROLIDOS (17,6%-1515,1%),MISMO PERIODO,MISMA FUENTE .
-DISMINUCION DEL CONSUMO DE FLUORQUINOLONAS RESPECTO AL TOTAL (9,3%-6,2%),MISMO PERIODO,MISMA FUENTE.
-NO CONSECUCION DE OBJETIVO DE CONSUMO DE CEFALOSPORINAS DE 3ª GENERACION RESPECTO AL TOTAL (2,4%-3,9%),SIENDO EST UN OBJETIVO DE MEJORA.MISMO PERIODO,MISMA FUENTE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONSIDERAMOS COMO IMPORTANTE LA CONSECUCION DE MEJORA EN LA PRESCRIPCION ANTIBIOTICA Y LA PERMANENCIA EN LA MISMA DINAMICA .LA UTILIZACION DE METODOS DE DIAGNOSTICO RAPIDO HA CONTRIBUIDO TAMBIEN A UNA MEJORA DE LA PRESCRIPCION ANTIBIOTICA .QUEDA PENDIENTE LA CONSECUCION DEL OBJETIVO DE DISMINUCION DE PRESCRIPCION DE CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACION.
SON IMPRESCINDIBLES LAS SESIONES CLINICAS SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y LA MEJORA EN LOS DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS DE LAS MISMAS.

7. OBSERVACIONES.
CONSIDERO MEJORABLE EL METODO DE REMISION DE ESTA MEMORIA .SERIA CONVENIENTE UNA SIMPLIFICACION DEL MISMO .

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1183 ========== ***

Nº de registro: 1183

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP TORRERO-LA PAZ

Autores:
VILLAR SEBASTIAN VICENTE, GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA, LABAT PONSA RAQUEL ESTHER, MARCO IBAÑEZ ALMUDENA, MARCOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1183

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

MAYOR LAURA, MURILLO MARTIN ALBERTO, SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO, SIMON SERRANO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
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
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.
La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).
A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea.
Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP TORRERO LA PAZ se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente macrólidos a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias de vías altas y bajas, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 17,7 % de envases prescritos de antibióticos (Sector Zaragoza: 20,8%).

RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio.

MÉTODO
1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con macrólidos para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES
Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clinico
Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 17,7 %
Objetivo 2019: <16 %
Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
% de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 82,40 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1183

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN
Cronograma:
-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de macrólidos durante el año 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 - 2019/1209

1. TÍTULO

UN BEBE QUE ADQUIERE BUENOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SERA UN ADULTO MAS SANO

Fecha de entrada: 26/12/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN VILLANUEVA RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ MARTINEZ LAURA
ZAMORA LANDA JAVIER LUIS
GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE
SANCHEZ-CABALLERO CARAVANTES JOSE ENRIQUE
SIMON SERRANO MIGUEL
SAINZ ARELLANO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El taller es totalmente interactivo. Los participantes se colocan en forma de rueda con intervenciones (preguntas, dudas y resolución de dudas) de todos los integrantes.
Se realizan escenificaciones de situaciones en forma de teatrillo con cambio de roles (el pediatra pregunta como cuidador y este contesta como pediatra).
Visualización de vídeos
Elaboración de menús de forma interactiva
Recursos: Ordenador, proyector, pizarra
Material : Realización de un folleto que se entrega a las familias que acuden por primera vez al taller con la recopilación de ideas de comidas e información básica para leer una etiqueta nutricional y hacer una cesta de la compra saludable
Utilizamos envases o cajas de productos procesados para leer y conocer los ingredientes y saber interpretar la etiqueta nutricional

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La encuesta de satisfacción (al año de su puesta en marcha): sobre el taller y las actividades realizadas, si resuelve las dudas, su utilidad y que cuestiones importantes no son explicadas en el taller. No realizada por no haber cumplido ese año
Se realizó una encuesta a los seis meses de puesta en marcha para conocer las dudas o temas que más interesaba conocer a las familias y tratar esto en el taller y saber si coinciden con los temas de interés para los sanitarios. Se presentaron los resultados en las jornadas de Teruel

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Importancia de la alimentación. Para las familias es un acontecimiento la primera comida del bebe
Existe una variabilidad que depende de la cultura, tradición y gustos en la alimentación de las familias que hay que respetar
Hay mitos y falsas creencias en alimentación muchas veces inducidas por los mensajes publicitarios
A veces nos cuentan como toda la familia mejora la forma de comer cambiando a hábitos más saludables

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1209 ========== ***

Nº de registro: 1209

Título
UN BEBE QUE ADQUIERE BUENOS HABITOS ALIMENTARIOS SERA UN ADULTO MAS SANO

Autores:
VILLANUEVA RODRIGUEZ CARMEN, SANZ MARTINEZ LAURA, ZAMORA LANDA JAVIER LUIS, GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE, ENRIQUE SANCHEZ-CABALLERO JOSE, SIMON SERRANO MIGUEL, SAINZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1209

1. TÍTULO

UN BEBE QUE ADQUIERE BUENOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SERA UN ADULTO MAS SANO

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La creación de estilos de alimentación saludables comienza desde el nacimiento y los primeros años de vida. Los estilos de vida saludables nos permiten prevenir enfermedades futuras como la obesidad, la diabetes, la hipertensión, el cáncer de colon, etc. Por ello la alimentación correcta desde el principio es clave para el desarrollo adecuado del bebe en el presente y llegar sano a la vida adulta en el futuro.
Diariamente las familias nos plantean sus dudas y preguntas sobre la alimentación de sus hijos no solo en las consultas programadas si no cuando viene al centro de salud por otros motivos. ¿Qué alimentos pueden tomar? ¿Cuándo le pueden dar una fruta determinada, unos frutos secos, etc.? ¿Qué cantidad de comida necesita un bebe? En nuestro CS hay un Taller de Lactancia y nos pareció que podíamos dar cierta continuidad a este, podíamos responder a estas preguntas y favorecer unos hábitos de nutrición saludables Queríamos resolver estas cuestiones con tranquilidad, con tiempo y sobre todo de forma dinámica y participativa.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del taller es contribuir a la capacitación para la promoción de estilos de vida saludables en la familia.

Otros objetivos:

-Conseguir que las familias y/o cuidadores conozcan como introducir los alimentos de la forma más saludable posible

-Aprender buenos hábitos de alimentación para conseguir una actitud favorable y trasmitirla para que se mantengan en la etapa adulta.

-Adquirir habilidades para identificar los ingredientes en alimentos procesados y conocer cómo elegir mejor estos productos

MÉTODO
Fecha y lugar de realización. Centro de Salud Torrero La Paz. Sala multiuso.
Tienen una periodicidad de un taller cada dos semanas. Miércoles (primero y tercero de cada mes) a las 12h 30’.
Pueden asistir padres y/o madres o cualquier cuidador interesado en la alimentación del bebe, pudiendo acudir sin problemas acompañados de los bebes.
Publicitado. Al inicio con carteles en el CS. Informando de su existencia en las consultas de pediatría (medicina y enfermería) y en el taller de Lactancia materna. Actualmente a través de redes sociales
Material empleado. Soporte audiovisual de proyector: power point y videos. Pizarra
Material para entregar a los participantes. Hoja con las recomendaciones de introducción de alimentos de forma saludable realizada en el CS (siguiendo recomendaciones de Aepap y Esghan)
Actividades. El taller es totalmente interactivo. Los participantes se colocan en forma de rueda con intervenciones (preguntas, dudas) de todos los integrantes.
Se realizan escenificaciones de situaciones en forma de teatrillo con cambio de roles (el pediatra pregunta como familia y la familia contesta como pediatra).
Visualización de videos
Elaboración de menús de forma interactiva.
Está prevista la realización de un texto (libreto) con la recopilación de estos menús y pequeños trucos en la alimentación aportados por las familias.
Contenidos.
-Introducción de la alimentación complementaria. ¿Cómo? ¿Cuándo?
-Conocer el método aprendo a comer solo (ACS) o baby-led-weaning (BLW, o alimentación complementaria guiada por el bebé). Ventajas e inconvenientes
-Etiquetado nutricional de los alimentos

INDICADORES
Realizar una encuesta de satisfacción (al año de su puesta en marcha): sobre el taller y las actividades realizadas, si resuelve las dudas, su utilidad y que cuestiones importantes no son explicadas en el taller.
Estándar planteado. Nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes.

DURACIÓN
Inicio enero de 2019 de los talleres
Se realizan de forma periódica. El día es fijo, siempre los miércoles primero y tercero del mes. Si es festivo no hay taller no se modifica la fecha.
La finalización del taller la supeditamos a la asistencia o interés de la población por asistir.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1209

1. TÍTULO

UN BEBE QUE ADQUIERE BUENOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SERA UN ADULTO MAS SANO

Queremos que sea un recurso sostenible en el tiempo
Evaluación 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 - 2019/0889

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO DE LA CARPETA DE SALUD Y HERRAMIENTAS DE SALUD INFORMA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... VALENTIN CAZAÑA MAELLA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JAEN BAYARTE ESTEBAN
BENEDI BUIL MARIA JESUS
SAMPERIZ TAPIA LIGIA ELENA
VAZQUEZ SANCHEZ MERCEDES
NAVARRO BARRADO ESTHER
OJEDA SEUMA DIEGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Diseño de la estrategia para facilitar la información a los usuarios.
- Difusión del proyecto al resto del EAP.
- Se ha elaborado una presentación con información de la app Salud informa, para su difusión en la pantalla disponible en el Servicio de Admisión. -
- Difusión y promoción de las herramientas incluidas en la web y en la app Saludinforma.
- Información básica sobre cómo acceder a @clave y la obtención del certificado electrónico.
- Se ha informado específicamente a los usuarios que han tramitado nuevas tarjetas sanitarias por extravío, rotura o deterioro o desplazamientos temporales, sobre la posibilidad de obtener el pin y las aplicaciones de salud informa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han facilitado un número de 2.066 PIN en el Servicio de Admisión, acreditados por los formularios cumplimentados por los usuarios.

Estimamos que se ha informado a más de 3.000 usuarios sobre las aplicaciones de salud informa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos positivamente el crecimiento en el número de PIN entregados, y el mayor conocimiento de salud informa por parte de los usuarios del Centro. Aún así, consideramos que todavía se puede incidir más en su conocimiento, especialmente entre la población más mayor.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/889 ========== ***

Nº de registro: 0889

Título
INCENTIVAR EL USO DE LA CARPETA DE SALUD Y HERRAMIENTAS DE SALUD INFORMA

Autores:
CAZAÑA MAELLA VALENTIN, JAEN BAYARTE ESTEBAN, BENEDI BUIL MARIA JESUS, SAMPERIZ TAPIA LIGIA ELENA, VAZQUEZ SANCHEZ MERCEDES, NAVARRO BARRADO ESTHER, OJEDA SEUMA DIEGO, QUINTILLA MUÑOZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

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
El Centro de Salud de Valdespartera tiene, a fecha de 31 de diciembre de 2018, un número de 31930 TIS adscritas. Si bien se trata de una zona con población joven, con una labor de difusión e información sobre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0889

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO DE LA CARPETA DE SALUD Y HERRAMIENTAS DE SALUD INFORMA

las posibilidades que ofrecen las herramientas incluidas en la web y en la app saludinforma, se puede potenciar más su uso por los usuarios, simplificando y facilitando un buen número de gestiones, sin necesidad de desplazarse al Centro de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar el uso de la app salud informa entre los usuarios de nuestro Centro de Salud.
- Aumentar el conocimiento y uso de las herramientas de la web y la app Salud informa.

MÉTODO
- Diseño de la estrategia para facilitar la información a los usuarios.
- Difusión del proyecto al resto del EAP.
- Elaboración de una presentación con información de la app Salud informa, para su difusión en la pantalla disponible en el Servicio de Admisión.
- Difusión y promoción de las herramientas incluidas en la web y en la app Saludinforma.
- Información básica sobre cómo acceder a @clave y la obtención del certificado electrónico.
- Informar a los usuarios que tramiten nuevas tarjetas sanitarias por extravío, rotura o deterioro o desplazamientos temporales, que ambas gestiones se pueden realizar en saludinforma.es con el número PIN.

INDICADORES
De actividad:
- Número de usuarios que han recibido información sobre las aplicaciones incluidas en la web y en la app salud informa.
De impacto:
- Número de códigos PIN facilitados, acreditados por los formularios rellenados por los usuarios.
Indicador:
El objetivo sería incrementar un 25% el número de pin facilitados en 2018, respecto de la población asignada al Centro.

DURACIÓN
Marzo- Abril:
- Diseño de la estrategia para facilitar de forma activa la información a los usuarios.
- Difusión del proyecto al resto del EAP.
- Elaboración de una prestación con información de la pp Salud Informa, para su difusión en la pantalla disponible en el servicio de admisión
Mayo-Diciembre:
- Difusión y promoción de las herramientas incluidas en la web y en la app Salud Informa.
- Información básica sobre cómo acceder a @clave y el certificado electrónico.
- Informar a los usuarios que tramiten nuevas tarjetas sanitarias por extravío, rotura o deterioro o desplazamientos temporales, que ambas gestiones se pueden realizar en saludinforma.es con el número PIN.
Enero 2020: Evaluación; según los resultados se valorará la continuidad 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 - 2018/0718

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CENTRO DE SALUD VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GALVE GORRIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
INGLES BELBEZE MARIA CARMEN
GRIMAL ALIACAR CARLOS
ALBO RITUERTO PILAR
HUERTAS BADOS AUREA
BOIX JULIA TERESA
JAEN BAYARTE ESTEBAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto de mejora que se inicia en 2018, tras el análisis realizado, detectándose un déficit en la atención a nuestros pacientes crónicos Epoc, así como un déficit en el registro del habito tabaquico y déficit en la intervención activa sobre el mismo. Asi como mejorar Mejorar el diagnostico de Epoc mediante espirometrias realizadas en nuestro centro de salud.
Tras el primer año de la iniciativa y sin haber conseguido los objetivos marcados se decide seguir en nuestro empeño de mejorar la atención de estos pacientes. Con este objetivo el 19/02/2019 se reúne el grupo de mejora para analizar de nuevo el proyecto y marcar las actividades a realizar este año.
El primer problema con el que se encontró el grupo fue que los indicadores marcados en el proyecto inicial nos resultaban muy difíciles de medir, dado que muchos de ellos era necesario mirar historia por historia si se habían cumplido los requisitos, sin aportarnos mucho, así que se decide un cambio en la medición de nuestros objetivos, que nos sea mas fácil medir y nos aporten la información que deseamos para saber si cumplimos nuestros objetivos que no han cambiado. Utilizando para ello el cuadro de mandos así para medir primer objetivo utilizaremos: Intervención sobre tabaquismo (%) ; para medir segundo objetivo: EPOC - Síntomas respiratorios (%) Pacientes incluidos en el Denominador con al menos un registro en el si tiene síntomas respiratorios en el periodo de evaluación/Población entre 40-79 años con diagnóstico de EPOC y algún registro en el periodo de evaluación. Para medir 3 objetivo: abrir consulta monográfica de desabituación tabaquismo y de espirometrias

Se pone en conocimiento del equipo la continuidad del proyecto de mejora que se inicio en 2018 en la reunión de equipo con fecha 15/04/2019.
Durante este año se ha puesto en marcha la consulta de deshabituación tabaquica donde se ha atendido a a 282 pacientes con una tasa de abandono del tabaco de 60 % aproximadamente ya que nuestros paciente todavía no llevan un año de abstinencia como marcan las guiás para considerarlos ex-fumadores.
Así mismo se ha abierto la consulta monográfica de Espirometrias en la que se han realizado 96 espirometrias a Pacientes ya con EPOC diagnosticado, asi como a pacientes fumadores mayores de 40 años fumadores de mas de 10 paquetes /año
Se han realizado 2 sesiones clínicas para la formación del equipo en espirometria y registro de EPOC y tabaquismo durante el año, la primera el 25 de junio donde se realizo sesión clínica de registro en OMI, así como la utilización del cuadro de mandos. La segunda 11/12/2019 en la que actualizaron conceptos de EPOC, nuevas Guiás, Tratamientos en la deshabituación tabaquica (próxima financiación)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante este año hemos conseguido cumplir con nuestros objetivos con mejoría en los indicadores:
Intervención tabaquica 2019: 64, 05 frente al 60,13 % en 2017
síntomas epoc 17,01, frente a un 5,77 en 2017.
Así mismo hemos conseguido el poner en funcionamiento las consultas de deshabituación tabaquica y la de espirometria, con buenos resultados de las mismas.
En la revisión de nuestras historias clínicas de los pacientes con diagnostico de Epoc se ha visto que 10,04 % tenían realizada la estratificacion del riesgo según las guías Gesepoc, un 7,31 % tenían determinado fenotipo en la historia clínica, Un 7,04 tenían registrado que se les había realizado el cuestionario CAT para medir el impacto del EPOc en su vida. Un 16 % estaba registrado las agudizaciones e ingresos hospitalarios. No tenemos datos del 2017 con lo que no se puede realizar comparación de estos indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de la mejoría en los marcadores no hemos conseguido aumentar la prevalencia en EPOC, tema en el debemos seguir trabajando para una mejor atención a nuestros pacientes crónicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/718 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0718

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CENTRO DE SALUD VALDESPARTERA

Nº de registro: 0718

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS DE VALDESPARTERA

Autores:
GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO, INGLES BELBEZE MARIA CARMEN, GRIMAL ALIACAR CARLOS, ALBO RITUERTO PILAR, HUERTAS BADOS AUREA, BOIX JULIA TERESA, JAEN BAYARTE ESTEBAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

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
Fomentar la detección y registro del hábito tabáquico e intervención activa sobre el mismo. Creación de una consulta monográfica.
Diagnóstico de EPOC mediante espirometría realizada en el centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar los indicadores de intervención en tabaquismo del 2017 (60,13 %)
Mejorar indicadores de diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en 2017 (5.77 %)
Realizar espirometría a todos los usuarios que cumplan los criterios expuestos en la población diana.

MÉTODO
Formación a los miembros del EAP en EPOC mediante charla sobre la enfermedad y registro en OMI.
Formación a enfermería sobre la técnica de la espirometría.
Formación en tabaquismo para los miembros del EAP.

INDICADORES
Estratificación del riesgo de los pacientes con EPOC según la guía GesEPOC 2017.
Determinación del Fenotipo.
Cuestionario CAT que mide el impacto que la EPOC tiene en la vida y bienestar del paciente.
Registro de agudizaciones en el último año o ingreso hospitalario.

DURACIÓN
Junio: Sesión formativa en EPOC
Septiembre. Taller de espirometría.
Registro en historia clínica de síntomas de pacientes con EPOC ya diagnosticados en OMI.

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 - 2019/0060

1. TÍTULO

ESCUELA Y SALUD

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES CEMELI CANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELTRAN GARCIA SARA
VALIENTE LOZANO JOSE VICTOR
GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO
JUSTES LOPEZ ESTHER
JIMENEZ PEREZ EVA MARIA
CALVO PERALTA CARMEN
ARIZA ORTIZ REBECA MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Participaron 46 niños del Colegio San Jorge de Zaragoza de 5ª de primaria. Se realizo en dos dias consecutivos, en grupos de 23 niños, acompañados de dos profesores. Duracion de la actividad 1 hora y media aproximadamente. Se inicio la actividad con un vídeo de presentación del Centro de Salud y aplicado a la practica con una visita guiada por el centro realizada por profesionales de medicina y enfermería. Se enseñaban las instalaciones, material, tecnicas...que en algunos casos eran desconocidas para los niños. Posteriormente se impartieron dos talleres teorico-practicos (personal de enfermeria), uno de ellos de higiene personal y lavados de manos, y otro de RCP (reanimación cardiopulmonar) básica y atragantamiento (pediatra y enfermeria).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar la actividad, se evaluo mediante encuestas de satisfaccion; una para profesores y otra adaptada a los niños. La actividad en general, fue calificada como muy buena en el 92% de los niños y en un 87% de los profesores. El taller de higiene personal fue el mejor valorado en cuanto a nuevo aprendizaje, sin embargo el de RCP fue considerado como el mas importante. Todos los participantes recomendarian la actividad a otros compañeros e incluso repetirla en años posteriores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La escuela es uno de los ámbitos más importantes para la educacion para la salud. Por ellos, es importante mantener actividades de este tipo que promuevan actividades saludables de forma teorica-practica desde edades tempranas. El conocimiento de las personas que trabajamos en el centro de salud, de los metodos de higiene y prevencion de enfermedades infecciosas y de tecnicas de RCP ayuda a hacer participe a la poblacion de como mantener un buen nivel de salud.
Por todo ello, calificamos la actividad como muy buena con puntos a mejorar: reducir grupos de niños y adecuar contenido de los talleres de forma que sigan ofreciendo conocimientos nuevos y atractivos para los niños.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/60 ========== ***

Nº de registro: 0060

Título
ESCUELA Y SALUD

Autores:
CEMELI CANO MERCEDES, BELTRAN GARCIA SARA, VALIENTE LOZANO JOSE VICTOR, GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO, JUSTES LOPEZ ESTHER, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, CALVO PERALTA CARMEN, ARIZA ORTIZ REBECA MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCION DE ENFERMEDADES Y ATENCION URGENTE
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0060

1. TÍTULO

ESCUELA Y SALUD

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La educación para la salud (EPS) puede definirse desde dos vertientes. Por una parte, consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y la protección de la salud. Por otro lado, la educación para la salud contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud. La escuela es uno de los ámbitos más importantes para la EPS.
Como personal sanitario, seguimos siendo esenciales en la instrumentación de los esfuerzos para crear, organizar e implementar cambios en la comunidad que pueden modificar significativamente la salud de los niños, por ello queremos colaborar con una de las Escuelas Saludables del barrio.
Los niños acuden al Centro de Salud acompañados por sus familiares, por actividades asistenciales y de promoción de salud en el programa del niño sano.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
Que los estudiantes conozcan el Centro de Salud, a sus profesionales y las funciones que desempeñan.

Objetivos específicos:
Dar a conocer el Centro de Salud a la Comunidad.
Conocimiento de las funciones que los profesionales desarrollan en el Centro de Salud.
Conocimiento práctico de cómo podemos evitar el contagio de determinadas enfermedades más frecuentes en el colegio
Conocimiento práctico de cómo actuar en determinados casos de riesgo vital.

MÉTODO
Población diana:
Niños del Colegio San Jorge de Zaragoza.
Profesores/tutores de los niños del Colegio San Jorge de Zaragoza
La captación se realizará desde el Equipo de Pediatría del Centro de Salud, a través de correo electrónico con el Colegio San Jorge y ellos fueron los que propusieron la actividad y el grupo de edad con el que trabajar.
Actividades:
• Vídeo presentación del Centro de Salud Valdespartera-Montecanal.
• Visita guiada por el Centro realizada por profesionales de Medicina y Enfermería.
• Taller de lavado de manos y prevención en la trasmisión de infecciones con profesionales de enfermería
• Taller de RCP (reanimación cardiopulmonar) básica y atragantamiento con profesionales médicos y personal de enfermería.

INDICADORES
Satisfacción de los alumnos y profesorado en la primera toma de contacto con el centro de salud.

DURACIÓN
Diferentes grupos de un número reducido de alumnos acompañados por el profesorado, y visita de 1-2h por grupo al centro. Inicialmente se expone un video de presentación, a continuación, damos a conocer las diferentes salas del centro y por último la realización de talleres prácticos.

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 - 2019/0885

1. TÍTULO

ACTIVACION DE ESCOLARES ANTE UNA EMERGENCIA VITAL

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... INES GALE ANSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RONCALES SAMANES MARIA DEL PILAR
SAEZ DE ADANA PEREZ MARIA ESPERANZA
JIMENEZ PEREZ EVA MARIA
TAPIA RUIZ MARIA
CEMELI CANO MERCEDES
ROYO PEREZ NIEVES DELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el Colegio de Educación Infantil y Primaria Valdespartera 1 durante los días 10, 11 y 12 de Abril de 2019, se llevó a cabo una actividad llamada “La Feria Científica”. Dentro de su programa, pediatras del CS Valdespartera-Montecanal impartieron 6 talleres de RCP a alumnos de 1º y 3º de educación primaria. Por parejas y en horario de 9-10h, 11:30-12:30h y de 15-16h,las pediatras se desplazaron al colegio pare realizar dichos talleres.
Las sesiones duraron 1 hora cada una, dividida en cuatro partes. La primera parte, en la que se presentaba la actividad, se proyectó un audiovisual con la canción de la reanimación cardiopulmonar (RCP) adaptada para niños y un video de un simulacro de RCP realizado por una niña. Así mismo se expuso la parte teórica del taller, con la ayuda de peluches, las propias pediatras y la profesora. En la segunda parte de la sesión los alumnos, cada uno con la ayuda de un peluche, hicieron practicas de RCP básica. En la tercera parte, los alumnos, en parejas, hicieron practicas de desobstrucción de la vía aérea y en la cuarta parte del taller se resolvieron dudas y se volvió a proyectar la canción de la RCP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para la evaluación de los talleres y tras realización de la actividad se repartieron _encuestas a los docentes del colegio que acompañaron a los niños en los talleres y a los alumnos que lo recibieron.
La encuesta para los alumnos constaba de tres preguntas de fácil respuesta:
¿TE HA GUSTADO? NO/ SI
¿HAS APRENDIDO COSAS NUEVAS? NO/ SI
¿TE GUSTRÍA QUE TUS AMIGOS LO HICIESEN TAMBIÉN?NO/ SI
Nuestro objetivo era que el 80% de los alumnos contestase “SI” a cada una de la preguntas.
En 1º de Primaria contestaron la encuesta 70 alumnos con 1 encuesta no contestada, así pues n=71. A la primera y segunda pregunta contestaron SI 67 alumnos (95.7%) y a la tercera 64 alumnos (91.4%).
En 3º de Primaria contestaron la encuesta 79 niños. En las tres preguntas contestaron “SI” 78 alumnos (98.7%).
La encuesta de satisfacción que se entregó a las profesoras que acompañaron a los alumnos a los talleres constaba de tres preguntas con respuestas en forma de escala de 0 a 5 (0 En desacuerdo; 5 Muy de acuerdo)
1: ¿TE PARECE ADECUADA PARA LA EDAD LA METODOLOGIA UTILIZADA EN LOS TALLERES?
2:¿CREES QUE LOS CONCEPTOS EXPLICADOS EN EL TALLER HAN QUEDADO CLAROS?
3: ¿TE PARECE QUE DEBERIA SER OBLIGATORIO EL CONOCIMIENTO DE LAS TECNICAS EXPLICADAS POR TODO EL PROFESORADO DEL CENTRO ESCOLAR?
Fueron 6 los docentes que contestaron la encuesta. La primera y segunda pregunta obtuvieron como respuesta 4 cincos y 2 cuatros. La tercera pregunta obtuvo 5 cincos y 1 cuatro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En términos generales la satisfacción con respecto a los talleres impartidos ha sido muy buena.
Por parte del CEIP Valdespartera 1 hubo gran predisposición e interés desde el momento en el que se planteó la realización de las sesiones. Esto resultó determinante para el buen curso de los talleres. Las profesoras y dirección del colegio quedaron muy satisfechos con el trabajo realizado. Realizar una buena presentación del proyecto al colegio y explicar la necesidad de que los escolares reciban este tipo de talleres facilita que el colegio acceda a su realización.
Desde el punto de vista de los profesionales que dimos impartimos las clases, resulta satisfactorio ver cómo los niños atienden, comprenden y aplican los conocimientos adquiridos. La única observación común entre todas las pediatras que impartimos los talleres fue que quizás los niños de 1º de Primaria resultan algo pequeños para mantener la atención durante toda la hora que duraba el taller. Creemos imprescindible la educación para la salud en las escuelas. Dentro de ésta, el conocimiento de la RCP básica y la activación al 112 en casos de emergencia vital es primordial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/885 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0885

1. TÍTULO

ACTIVACION DE ESCOLARES ANTE UNA EMERGENCIA VITAL

***

Nº de registro: 0885

Título
ACTIVACION DE ESCOLARES ANTE UNA EMERGENCIA VITAL

Autores:
GALE ANSO INES, RONCALES SAMANES MARIA DEL PILAR, SAEZ DE ARANA PEREZ MARIA ESPERANZA, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, TAPIA RUIZ MARIA, CEMELI CANO MERCEDES, ROYO PEREZ NIEVES DELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

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

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

PROBLEMA
Según el Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar, en España se producen alrededor de unas 30.000 muertes súbitas al año fuera del hospital. En el 80% de los casos, estos eventos tienen lugar en el hogar de los pacientes.
La supervivencia al año de los pacientes que sufren un paro cardiaco, varía de unos países a otros, siendo la media de apenas el 10%. Actualmente está demostrado que si se realizan una serie de acciones encadenadas, que pueden ser realizadas por la mayoría de las personas, de nominadas cadena de supervivencia, por parte de los testigos presenciales, se podría aumentar la supervivencia en 2-3 veces. Hoy en día se realizan estas maniobras en apenas 1 de cada 5 personas que sufren un paro cardiaco fuera del hospital. En los países donde la realización de técnicas de RCP por parte de testigos es alta, como Países Bajos o Suecia, las tasas de supervivencia pueden llegar al 40%.
Según el European Resucitation Council, y de acuerdo con lo expone la OMS en su declaración publicada en 2015 " Kids Save Lives", la capacitación obligatoria a nivel nacional de los niños en edad escolar tiene el impacto más alto para mejorar la tasa de RCP de los transeúntes. Esta parece ser la forma más exitosa de llegar a toda la población.
El real Decreto 126/2104 de 28 de Febrero obliga a los colegios a incluir la enseñanza de primeros auxilios en el currículo básico de Educación Primaria. Pero todavía no se hace ni en todos los colegios ni de forma reglada.

RESULTADOS ESPERADOS
Instruir en cómo actuar ante una situación de posible emergencia vital, la cadena de supervivencia, a alumnos de centros escolares pertenecientes a la Zona Básica de Salud de Valdespartera-Montecanal.
La población diana: escolares de 1º y 3º de primaria del CEIP Valdespartera 1 (150 alumno aproximadamente).

MÉTODO
La actividad se desarrollará mediante talleres de 50-60 minutos de duración. Los talleres se impartirán por clases, en grupos de 24-25 alumnos. En cada taller participaran 2 pediatrías del Centro de salud de Valdespartera-Montecanal además de la profesora o profesor que acompañe a los alumnos.
Los objetivos específicos a conseguir serán:
1) Aprender a contactar y dar información relevante al servicio 112: : cómo llamar al 112, saber responder a las preguntas que les formulen en dicha llamada(explicarles que tendrán que hablar con diferentes personas, contestar las preguntas que les hagan de la forma más clara posible…)
2) Aprenderse su dirección. Así mismo como a esta edad los niños ya saben leer y escribir se le aconseja tener escrita la dirección postal en un papel cerca del teléfono.
3) Aprender a reconocer una persona inconsciente: Se explica la diferencia entre estar dormido e inconsciente.
4) Aprender a reconocer si una persona respira: realizar la maniobra frente- mentón para comprobar si la persona respira (oír, ver, sentir).
5) Aprender qué hay que hacer si una persona inconsciente respira: Practicar la posición lateral de seguridad con la ayuda de los compañeros de la clase.
6) Aprender cómo actuar si una persona inconsciente no respira: RCP básica con compresiones torácicas sobre un muñeco de peluche.
7) Practicar técnicas de desobstrucción de vía aérea superior y saber cómo actuar en las diferentes situaciones que se planteen (la persona realiza tos efectiva, no puede toser, persona inconsciente)
Así mismo se pondrá “la canción de la reanimación”, a modo de repaso y como broche final al taller.

INDICADORES
A) Los alumnos rellenarán la encuesta de satisfacción al final del taller en la que valorarán la actividad mediante tres preguntas y una escala de iconos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0885

1. TÍTULO

ACTIVACION DE ESCOLARES ANTE UNA EMERGENCIA VITAL

INDICADOR 1: ¿TE HA GUSTADO?
NO ? SI ? Objetivo: SI 80 %
INDICADOR 1: ¿HAS APRENDIDO COSAS NUEVAS?
NO ? SI ? Objetivo: SI 80 %
INDICADOR 1: ¿TE GUSTARÍA QUE TUS AMIGOS LO HICIESEN TAMBIÉN?
NO ? SI ? Objetivo: SI 80 %

B) Se pasará una encuesta de satisfacción a las profesoras que acompañen a los alumnos a los talleres con una escala de 0 a 5 (0 En desacuerdo; 5 Muy de acuerdo)
INDICADOR 1: ¿TE PARTECE ADECUADA PARA LA EDAD LA METODOLOGIA UTILIZADA EN LOS TALLERES?
INDICADOR 2: ¿CREES QUE LOS CONCEPTOS EXPLICADOS EN EL TALLER HAN QUEDADO CLAROS?
INDICADOR 3: ¿TE PARECE QUE DEBERIA SER OBLIGATORIO EL CONOCIMIENTO DE LAS TECNICAS EXPLICADAS POR TODO EL PROFESORADO DEL CENTRO ESCOLAR?

DURACIÓN
Los talleres se impartirán como parte del programa de la “Feria Científica”, actividad que se va a llevar a cabo en el CEIP Valdespartera 1 durante los días 10, 11 y 12 de Abril de 2019. Durante esos días, y en horario escolar, las pediatras se desplazaran por parejas al colegio para impartir los talleres a los alumnos de 1º y 3º de primaria.
La actividad se modificará para el siguiente curso escolar en función de los indicadores obtenidos a través de las encuestas de satisfacción contestadas por los alumnos y el profesorado.

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 - 2019/1105

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA SOBRE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA CUESTA SAMPER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORINAS DELGADO NOELIA
FRAJ VALLE MARIA DEL MAR
MARTIN GRACIA EVA
CARCELLE AYUDA MARIA JOSEFA
ARIZA GRACIA REBECA
CORTES BELANCHE ANDRES
SANCHEZ SANCHEZ CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
15/4/2019: en una reunión del EAP de Valdespartera, se presenta el proyecto al resto de los componentes del equipo. Se recuerda e incide en el uso de cuadros de mandos y OMI.

16/5/2019: Se realiza una sesión clínica conjunta: medicina (Mª Teresa Cuesta Samper) y enfermería (Clara Sanchez Sanchez) dirigida a todo el personal del EAP del centro de salud de Valdespartera, donde se aborda:
-Las Recomendaciones para la utilización de hipolipemiantes en el manejo de la dislipemia cómo factor de riesgo cardiovascular.
-Recuerdo sobre el uso del cuadro de mandos y OMI.
-Sesión sobre las medidas dietéticas y cambios de estilo de vida antes de comenzar el tratamiento hipolipemiante.

4/12/2019: Se realiza una nueva sesión clínica por parte de medicina (Mª Teresa Cuesta Samper) dirigida a todo el personal del EAP del centro de Salud de Valcespartera, basada en una Revisión de Casos Clínicos, con el fin de Recordar las recomendaciones del tratamiento de las dislipemias; así cómo recordar la importancia del abordaje correcto de OMI y la utilización del cuadro de mandos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Entre los objetivos de nuestro proyecto se encontraba la actuación a nivel de factores modificables para mejorar la cobertura en el tratamiento de las dislipemias en atención primaria. Así cómo una mejora en la evaluación de Riesgo Cardiovascular (RCV), puesto que todas las guías actuales sobre prevención cardiovascular, dicen que se debe adaptar dicha prevención al tipo de RCV que presenta cada individuo. Todo ello nos ayudaría a mejorar la cobertura de evaluación en el tratamiento de las dislipemias en prevención primaria.
Según esto:
- Hemos observado una mejora en la DETECCION TABACO(47,51-33,11)(% detección tabaco=>15 años a los que se les ha preguntado por consumo de tabaco): pasando de un 33% a un 37,07% .
- También hemos observado, aunque no se incluyó en el inicio del proyecto, una mejora en la INTERVENCION TABACO(64,52-53,39) (% intervención tabaquismo=>15 años a los que se les ha hecho intervención relacionada con el tabaquismo): de un 62,17 a un 64,06%
- Hemos observado una mejora en el RCV(63,13-55,5) (proporción de pacientes entre 35 y 74 años con algún factor de riesgo en quién consta que se ha valorado y estratificado el riesgo cardiovascular) : pasando del 50,76 al 53,22%
- No hemos mejorado sin embargo en el TRATAMIENTO COMBINADO HIPOLIPEMIANTE EN PREVENCION PRIMARIA (10,98-5,17): donde partíamos de 12,03 y hemos pasado a 12,39%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque no se han alcanzado todos los objetivos, entendemos que éste en un proyecto con vías de continuidad, por su necesidad para la mejora las Enfermedades cardiovasculares, que constituyen la primera causa de muerte en la mayoría de los países industrializados; siendo que en España, las enfermedades del sistema circulatorio, se mantienen como la primera causa de muerte.
Entre las conclusiones que hemos sacado al realizar el proyecto y para tener en cuenta a la hora de mejorar todos los objetivos, a valorar en nuevos proyectos, encontramos:

1-insistir en una utilización correcta de OMI y del cuadro de mandos: es fundamental tener diagnosticados a los pacientes e incluidos con su correcto CIAP, así como dejar constancias de las detecciones e intervenciones de tabaco, todo ello para un correcto cálculo de RCV, que debemos reflejar.

2-Nos hemos dado cuenta al realizar éste proyecto, que la población a la que iba dirigida, centro de salud de Valdespartera, es una población mayoritariamente joven. (a fecha 30/11/2019: éste centro cubre a 32.982 usuarios de los cuales 22.491 tienen de 14 a 64 años, y tan sólo un 5,4% : 1769 pacientes son mayores de 65 años.) . Por lo que a la hora de analizar la No mejoría en el objetivo en el TRATAMIENTO COMBINADO HIPOLIPEMIANTE EN PREVENCION PRIMARIA (10,98-5,17), observamos muchos casos de Hipercolesterolemia primaria (heterocigótica familiar o no familiar) dónde puede estar indicado el uso de combinación con estatinas mas ezetimiba. Quizás al tratarse de un mayor nº de población de éste tipo en comparación con otros centros de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1105

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA SOBRE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA

salud, habría que tener en cuenta el porcentaje de pacientes con ésta patología, a la hora de cubrir el rango del contrato programa.
Como Recomendación, podríamos sugerir la realización de un CIAP en OMI exclusivo para éstos pacientes, que pudiera excluirlos a la hora de valorar el tratamiento hipolipemiante combinado en prevención primaria.

3- También nos hemos encontrado otras patologías con códigos CIAP distintos a K74, K75, K76 y K90, consideradas cómo prevención secundarias; que los especialistas consideran de Alto riesgo cardiovascular, y dónde se ha visto incrementada la acción hipolipemiante, con combinaciones desde la actuación especializada, cómo son el K71 (estenosis aórtica severa), el U99 o U28 (trasplante renal).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1105 ========== ***

Nº de registro: 1105

Título
PROYECTO DE MEJORA SOBRE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA

Autores:
CUESTA SAMPER MARIA TERESA, SORINAS DELGADO NOELIA, FRAJ VALLE MARIA DEL MAR, MARTIN GRACIA EVA, CARCELLE AYUDA MARIA JOSEFA, ARIZA GRACIA REBECA, CORTES BELANCHE ANDRES, SANCHEZ SANCHEZ CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La cobertura de evaluación en el tratamiento de las dislipemias en prevención primaria es mejorable. En la actualidad en nuestro centro es del 12,3%.
Muchos pacientes con ésta patología los tenemos en la actualidad con tratamientos combinados de ezetimiba-estatina, ezetimiba sola o fibratos, solos o combinados. Por lo que estaríamos " sobretratando" a unos pacientes, no siendo adecuado el el balance riesgo/ beneficio; así cómo tampoco sería el adecuado el balance entre costes y uso de los recursos.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la primera causa de muerte en la mayoría de los paises industrializados. En España, el grupo de las enfermedades del sistema circulartorio se mantienen como primera causa de muerte.
La PREVENCIÓN PRIMARIA de la enfermedad cardiovascular es el conjunto de actuaciones dirigidas a reducir el riesgo de un primer evento coronario o cerebro vascular. Siendo la primera estrategia a seguir, el impulsar cambios de estilo de vida e identificar aquellos pacientes con mayor riesgo.

Todas las guías actuales sobre prevención de ECV en la práctica clínica recomiendan la evaluación del riesgo de EC o riesgo cardiovascular (RCV) total. Ya que la ECV ateroesclerótica suele ser el resultado de diversos factores de riesgo, la prevención de la ECV en una persona determinada, se debe adaptar a su riesgo CV total: a mayor riesgo, se debería aplicar una cobertura más intensa.

Al analizar nuestros datos, nos damos cuenta que el cálculo de RCV entre nuestros pacientes sólo había alcanzado el 50,76% y la detección de tabaco el 33,4%. Como todas las guías de práctica clínica sobre tratamiento de dislipemias en prevención primaria se considera que las funciones de riesgo son el mejor instrumento actualmente disponible para detectar a los pacientes de alto riesgo, aunque su rendimiento predictivo a nivel individual es bajo. Y dado que estudios de cohortes han demostrado que las ecuaciones de riesgo, cuando se aplican a poblaciones similares a aquellas a partir de las cuales se han elaborado, predicen con un alto grado de exactitud lo estimado previamente. Y la actuación a nivel de los factores de riesgo modificables es la primera acción a tomar en cuenta... hemos decidido actuar sobre éstos para mejorar nuestra cobertura en el tratamiento de dislipemias en atención primaria .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1105

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA SOBRE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la cobertura ineficiente de tratamiento hipolipemiante combinado en prevención primaria.

Para lo cual incidiríamos:

1-Actualizar los conocimientos a los profesionales sobre guías de tratamiento de dislipemias.
2- Actualizar los conocimientos a los profesionales de cómo usar el cuadro de mandos.
3- mejorar la cobertura en el cálculo de RCV en nuestros pacientes, fijándonos en las tablas de riesgo.
4- mejorar las coberturas en detección e intervención de tabaquismo.
5- Insistir en las medidas dietéticas y cambios de estilo de vida antes de iniciar un tratamiento.

MÉTODO
1- Comunicar el proyecto a los componentes de equipo del centro de salud .

2- Sesión clínica sobre el uso de cuadro de mandos y OMI.

3- Sesión clínica de recomendaciones para la utilización de hipolipemiantes en el manejo de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular .

4- Sesión clínica sobre medidas dietéticas y cambios de estilo de vida.

INDICADORES
- Pacientes con prescripción activa de tratamiento combinado en prevención primaria (%) / pacientes con prescripción activa de hipolipemiante y diagnóstico de prevención primaria.

Objetivo 2019: máx 10,98% y mín 5,17% . En 2018 nuestro centro : 12,03%

RCV personas con factor de riesgo : Proporción de pacientes entre 35 y 74 años con algún factor de riesgo en quién consta que se ha valorado y estratificado el riesgo cardiovascular.

Objetivo 2019 : máx 67,13 % y mín 55,55%. En 2018 nuestro centro : 50,76%

- Detección de tabaco.% pacientes que fuman

Objetivo 2019: máx 47,51% y mín 33,11. En 2018 nuestro centro : 33,4%

DURACIÓN
1ª sesión abril- mayo
2ª sesión mayo- junio
3º sesión antes de fin de junio
Revisar a finales de septiembre y si fuera preciso, nuevas reuniones del grupo con el equipo para recordar términos e incidir en la importancia del problema.
Diciembre: memoria 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 - 2019/1107

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NOELIA SORINAS DELGADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUESTA SAMPER MARIA TERESA
MARTIN GRACIA EVA
CARCELLE AYUDA MARIA JOSEFA
GRIMAL ALIACAR CARLOS
CALVO PERALTA CARMEN
VELASCO MARTINEZ MARTA VEGA
RITA GALE ANSO INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.
El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a Estos, sino también en el resto de la comunidad.
Por este motivo, y alineado con el objetivo propuesto por la OMS de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, midecamicina y roxitricina), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.
Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.
En el EAP Valdespartera para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

- El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratorias y urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.
- Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
• Abordaje de infecciones respiratorias: 09/05/2019
• Abordaje infecciones urinarias en población adulta: 07/11/2019
En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se han recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.
-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevarla a cabo.

2. Revisión de casos clínicos

- La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP 4 Diciembre 2019. Se ha revisado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1107

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VALDESPARTERA

también el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. También hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.
- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con macrólidos en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito un macrólido junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.
- La selección de casos clínicos ha sido posible gracias al envío por correo electrónico en Junio de 2019, y desde el Servicio de Farmacia de AP, de los listados por CIAS de pacientes tratados en el último año con macrólidos así como del diagnóstico asociado a éstos, de tal modo que cada profesional revisó dicho listado y seleccionó alguno de los pacientes incluídos en el mismo para reevaluar la necesidad de utilizar dicho antibiótico de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.
- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos
En el EAP hemos dado 3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.
Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de macrólidos.
El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos

La información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria.
En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.
En cuanto a resultados:
En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de macrólidos.
En diciembre 2018 el valor era 23% siendo en diciembre 2019 de 20.80%

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
• El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de macrólidos de forma considerable.
A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias cuyos valores en 2018 fueron 85.38 %
En el año 2019 el % uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias ha sido de 81.93%. Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.
Pero en estas revisiones de casos también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1107

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VALDESPARTERA

hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios.
En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.
Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.
Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1107 ========== ***

Nº de registro: 1107

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VALDESPARTERA

Autores:
SORINAS DELGADO NOELIA, CUESTA SAMPER MARIA TERESA, MARTIN GRACIA EVA, CARCELLE AYUDA MARIA JOSEFA, GRIMAL ALIACAR CARLOS, VELASCO MARTINEZ MARTA VEGA, GALE ANSO INES, CALVO PERALTA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.
La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).
Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP VALDESPARTERA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente macrólidos a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias de vías altas y bajas, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 22,8 % de envases prescritos de antibióticos (Sector Zaragoza: 20,8%).

RESULTADOS ESPERADOS
- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1107

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VALDESPARTERA

MÉTODO
- Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.
- Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
- Revisión de los pacientes tratados en 2018 con macrólidos para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
- Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES
1. Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
2. Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clÍnico
Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
3. Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 22,8 %
Objetivo 2019: <18 %
4. Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
% de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 82,32 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN
-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.

-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo.

-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de macrólidos durante el año 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 - 2019/1173

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LOS PADRES EN UNA CONSULTA DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GALVE GORRIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALE ANSO INES
VELASCO MANRIQUE MARTA VEGA
CAZAÑA MAELLA VALENTIN
SAEZ DE ADANA PEREZ MARIA ESPERANZA
HERRERO CIRUJEDA MARIA JOSE
ALBESA BENAVENTE ANA
GARCIA MATEO DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto nace en 2019, dado que nuestro centro, es el centro de Aragon que mas población infantil recoge, en torno a unos 8000 niños, dada la evidencia existente del efecto nocivo sobre la salud del niño el habito tabaquico de los padres o convivientes, y dado que en el centro contamos con consulta de deshabituacion tabaquica, surge este proyecto para la captación de padres con habito tabaquico y realizar un tratamiento del mismo para mejorar salud de los padres y de los niños.

Con Fecha de 19/02/2019 se reunió el grupo de mejora y se inicio el trabajo de la creación de una encuesta a pasar a los padres que asistiese a la revisión del niño sano, se planteo la cuestión si se pasaba a todos los padres que acudían a revisión del niño sano o solo a un grupo en concreto, de mutua acuerdo se decidió iniciar el proyecto pasándoselo solo a los pacientes que acudiesen a la revisión del niño sano en el primer año de vida, ya que es la población mas vulnerable.

Con el trabajo de decidir que items incluir en la encuesta, nos reunimos el 20/03/2019, donde cada uno aporto los items que le parecían relevantes incluir, asi se realizo una encuesta con 6 Items (intentaban sondear desde si es fumador, si alguien que convive con el niño es fumador, si saben efectos del tabaco sobre la salud del niño, si les gustaría dejar de fumar ect…). Se decide que si son fumadores y desean dejar de fumar se elaborara una hoja informativa con información relevante para proporcionarles a estos pacientes. Así como elaborar información para darles a todos los padres fumadores con los efectos nocivos del tabaco sobre sus hijos. En la encuesta se han puesto dos recuadros para el control y posterior recuento, uno en el que se marca en la consulta en la que realizo la encuesta, y el número de orden. Todas las encuestas son anónimas. Posteriormente los datos se vuelcan en una base de datos para poder realizar estudios estadísticos.
Se pone en conocimiento del equipo el proyecto de mejora en la reunión de equipo con fecha 15/04/2019.

El 15/09/2019 se reúne el equipo se preparan las hojas de información, Si contesto si, a la pregunta si desea recibir información sobre los efectos que el humo del tabaco produce en la salud de sus hijos, se le da la hoja informativa, en la que informa sobre las enfermedades relacionadas con la exposición al humo del tabaco en los niños, que cuentan con un grado de evidencia suficiente. Y se creo la base de datos para volcado de los datos. Asi mismo se decide que se iniciara en diciembre a pasar la encuesta a los niños que acudan a la revision de niño sano durante el primer año de vida.

Se han realizado 2 sesiones clínicas para la formación del equipo en abordaje del Tabaquismo, la primera el 25 de junio donde se realizo sesión clínica de registro en OMI, así como la utilización del cuadro de mandos. La segunda 11/12/2019 Tratamientos en la deshabituación tabaquica (próxima financiación).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante este año de trabajo podemos medir algunos indicadores que han mejorado con respecto al año previo como son % de intervención tabaquismo que sube al 64,04, % de detección de tabaquismo que subió del 31,69 al 35,73 de los indicadores porcentaje de fumadores con intento serio de dejar de fumar y la información y captación de usuarios a través de las historias todavía no tenemos datos para poder aportar en estos momentos ya que se esta iniciando proceso.

Otros indicadores que nos habíamos propuesto como indicadores de actividad, el número de pacientes atendidos en la consulta de tabaquismo que provienen de las consultas de pediatría. Y como indicadores de impacto el grado de satisfacción de los pacientes, y su sensación de mejora en cuento a su salud (encuesta al final del periodo de seguimiento un año). No podemos dar datos de ellos ya que estamos iniciando proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Ha tenido un buen impacto entre Pediatría y enfermería pediátrica.
- Comenzamos en diciembre 2019, la entrega de encuestas y el seguimiento de los pacientes.
- Realizaremos estudio estadístico para valoración de impacto en la población y análisis de datos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1173

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LOS PADRES EN UNA CONSULTA DE PEDIATRIA

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1173 ========== ***

Nº de registro: 1173

Título
ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LOS PADRES EN UNA CONSULTA DE PEDIATRIA

Autores:
GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO, CAZAÑA MAELLA VALENTIN, GALE ANSO INES, VELASCO MANRIQUE MARTA VEGA, SAEZ DE ADANA PEREZ MARIA ESPERANZA, HERRERO CIRUJEDA MARIA JOSE, ALBESA BENAVENTE ANA, GARCIA MATEO DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

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 tabaquismo es un problema de salud pública que afecta de manera directa a la población infantil. Hay evidencia científicaca de los efectos patológicos devastadores tanto en el tabaquismo activo como en el pasivo. El pediatra como cuidador de la salud del niño y el adolescente tiene una importante responsabilidad en la lucha antitabaco. En el C.S.Valdespartera disponemos de una consulta de tratamiento para el Tabaquismo, siendo un Centro en el que atendemos una masa de población infantil de alrededor de 8.000 niños y existiendo evidencia de patología en niños relacionada con el hábito de fumar en los padres o convivientes, nos proponemos mediante una encuesta a pasar en las consultas de pediatría del Centro, lograr la captación de padres fumadores y efecturar un tratamiento individualizado de forma que podamos mejorar la salud de los padres y de los niñoos, en cuanto a las enfermedades relacionadas con la exposición al humo del tabaco.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejora de intervención en tabaquismo, subiendo del 62% al 67% anual.
- Mejora de salud de la población infantil y adultos mediante el tratamiento del tabaquismo.
- Disminuir incidencia de enfermedades relacionadas con la exposición al humo del tabaco en población infantil.

MÉTODO
- Sesión formativa en EAP para explicación de Proyecto.
- Sesión formativa en EAP para el registro de tabaquismo en OMI.
- Información/captación de usuarios fumadores convivientes con población infantil.

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes en intervención en tabaquismo. Del 62% al 67%.
- Aumento del porcentaje de pacientes en detección del tabaquismo. Del 33,40% al 38%.
- Porcentaje de fumadores con intento serio de dejar de fumar.
- Fuente de datos: Cuadro de mandos
- Información/captación de usuarios en registro manual a través de encuesta.

DURACIÓN
- De mayo a junio de 2019, sesiones formativas en EAP y elaboración de encuestas.
- De julio de 2019 a diciembre de 2019, captación/información de usuarios.
- Enero de 2020, memoria 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 - 2019/1173

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LOS PADRES EN UNA CONSULTA DE PEDIATRIA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0917

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL AP-AE RECIENTEMENTE IMPLANTADA EN NUESTRO EAP

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA VERDURAS SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VENECIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARQUILLUE VARONA SARA
BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN
DUEÑAS GIL EVA
GOMEZ LANZUELA CRUZ CARMEN
MURILLO MORENO ROSA
CONDE ASENSIO VICTORIA
SAUCO JAQUES MARIA SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Comunicación por correo electrónico a la SUBDIRECCION DE AP el 15 de Julio y el 11 de septiembre 2019 exponiendo la necesidad de tener acceso al listado de profesionales de Atención Especializada responsables de las respuestas de la Interconsulta Virtual (ICV), para tener comunicación directa con el fin de modificar la forma de citación y MEJORAR LA EFECTIVIDAD DE LA INTERCONSULTA
Por parte de la Dra Belen Benedé :
-Elaboración de cuestionario para registro de variables que precisábamos para el estudio
-Facilitar a través de Google drive un enlace que dispusiéramos todos para que se pudieran incluir todos los datos

-Información a todos los médicos del Centro de Salud en charla formativa del proyecto de mejora el 30 de Septiembre 2019
Desde el 30 de Septiembre 2019 hasta el 17 de Enero de 2020 en el CS Venecia se han recogido datos de 65 pacientes derivados a través de ICV, con respuesta y recomendaciones y posterior citación por parte de Especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Del total de pacientes registrados según las variables estudiadas obtenemos los siguientes resultados .
-SEXO :femenino : 63,1% (41) Masculino 36,9% (24)
-Nº DE RESPUESTAS DE DIFERENTES ESPECIALIDADES : 65
Cardiologia : 35,4% ((23)
Endocrinologia : 18,5% (12)
Neurologia: 15,4 (10)
Nefrologia : 9,2% (6)
Urologia : 4,6% (3)
Digestivo: 4,6% (3)
ORL : 3,1% (2)
Reumatologia : 3,1% (2)
Unidad Músculoesquelética : 3,1 % (2)
Traumatólogia : 1,5% (1)
Neumología : 1,5% (1)

-TIPO DE CITACION : Preferente : 26,2 % (17) y Normal 73,8 % (48)
-SUGERENCIA 1 EN RESPUESTA DE INTERCONSULTA: 55
Analitica : 27,8 % (15)
Registro de control de ctes (TA, Pulso, Glucosa) : 13% (7)
RX : 9,3% (5)
ECG : 7,4% (4)
Ecografía : 5,6 %(3)
Control de FRCV /Estilo de vida : 3,7% (2)
Endoscopia : 1,9% (1)
Otra prueba complementaria :5,6% (3)
Otra sugerencia ; 25,9 %(14)

-SUGERENCIA 2 EN RESPUESTA DE INTERCONSULTA : 13
Analitica : 38,5% (5)
Ecografia : 15,4 % (2)
Espirometria : 7,7 % (1)
Registro / Control de ctes : 7,7 % (1)
Otra sugerencia :: 30,8 % (4)

-SUGERENCIA 3 EN RESPUESTA DE INTERCONSULTA : 4
Analitica : 25 % (1)
Control de FRCV /Estilo de vida :25 % (1)
Otra sugerencia :50% (2)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0917

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL AP-AE RECIENTEMENTE IMPLANTADA EN NUESTRO EAP

-OTRAS SUGERENCIAS : 20
Si palpitaciones sostenidas acudir a urgencias : 5,3 % (1)
Si sincope acudir a Urgencias ; 5,3% : (1)
Llevar informe de TAC : 5,3 % (1)
Control de filtrado glomerular para ajustar tratamiento : 5,3 % (1)
Retirar Salazopirina por RAM : 5,3% (1)
Añadir AAS y Nitritos transdermicos : 5,3 % (1)
Solicitud de TAC por Atencion Primaria : 5,3% (1)
Iniciar AAS : 5,3% (1)
Aumentar dosis de tratamiento : 5,3% (1)
Preguntar por Antecedentes Familiares : 5,3 % (1)
Retirar analgesia o limitarla :5,3 % (1)
Cuidados generales y medidas de apoyo : 5,3 % (1)
Peticion de RNM por atención primaria : 5,3% (1)
Descartar clínica :5,3 % (1)
Medicacion : 5,3 % (1)
Urocultivo previo a consulta : 5,3 % (1)
Realizar ECG : 5,3% (1)
Citar en traumatologia y pedir RX preferente : 10 % (2)
Tratamiento diurético : 5,3 % (1)

-SE PROPONE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO : 60
Se propone tto farmacológico nuevo :30,7 % (20)
No se propone tto farmacológico nuevo: 43,1 % (28)
Intensificar tto farmacológico que ya llevaba : 1,5 % (1)
Intensificar/ajustar / modificar tto farmacológico que ya llevaba : 15,4 % : (10)
Otro : 1,5% (1)

-¿SE HA LLAMADO AL PACIENTE PARA CITARLE ¿
Si, le he llamado yo mismo : 66,1% (37)
Le han llamado de admisión para que citarle : 23,2% (13)
No se ha contactado : 10,7 % (6)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los médicos de AP revisamos todas las respuestas de las interconsultas y hemos recogido datos del grupo de pacientes en los que sí se va a hacer valoración presencial por parte de especializada (con lo cual no son avisados desde Admisión) y vienen con una indicación del especialista (realizar analítica, ECG previa a la cita, comenzar ya con un fármaco antes de la cita ...). El médico de AP avisa directamente a los pacientes o da la orden de aviso a través del Servicio de Admisión.
Del total de 65 pacientes de los que hemos recogido datos comprobamos que las especialidades que con más frecuencia responden con recomendación son :
Cardiologia : 35,4% ((23) y Endocrinologia : 18,5% (12).
El carácter de la citación es: Preferente : 26,2 % (17) y Normal 73,8 % (48)
En cuanto las recomendaciones de tratamiento :Se propone tto farmacológico nuevo :30,7 % (20) e Intensificar/ajustar / modificar tto farmacológico que ya llevaba : 15,4 % : (10)
Dada la frecuencia con que se realizan las respuestas con estas recomendaciones es necesario que se modifique el sistema de citación para que las respuestas de ICV lleguen al Servicio de Admisión para citación con la denominación " PRESENCIAL CON RECOMENDACIÓN".
Seguiremos recogiendo datos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/917 ========== ***

Nº de registro: 0917

Título
MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL AP-AE RECIENTEMENTE IMPLANTADA EN NUESTRO EAP

Autores:
VERDURAS SANCHEZ MARIA ELENA, ARQUILLUE VARONA SARA, BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN, DUEÑAS GIL EVA, GOMEZ LANZUELA CRUZ CARMEN, MURILLO MORENO ROSA, CONDE ASENSIO VICTORIA, SAUCO JAQUES MARIA SOLEDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0917

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL AP-AE RECIENTEMENTE IMPLANTADA EN NUESTRO EAP

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las interconsultas virtuales
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
ANALISIS DE LA SITUACION .PERTINENCIA DE PROYECTO
La interconsulta virtual AP-AE comenzó a implantarse en nuestro Centro de Salud en Octubre 2017. Desde entonces se ha ido ampliando progresivamente a la mayoría de las especialidades en la actualidad .
Cuando se hace la valoración de nuestra interconsulta por parte de Especializada hay dos posibilidades: que se quiera valorar al paciente de forma presencial citándolo por carta o por teléfono o que se le avise telefónicamente por parte del Servicio de Admisión de nuestro centro para que transmitamos al paciente la respuesta de la interconsulta en el caso de que no se requiera valoración presencial .
Hay un grupo de pacientes en los que sí se va a hacer valoración presencial(con lo cual no son avisados desde Admisión) y vienen con una indicación del especialista (realizar analítica, ECG previa a la cita, comenzar ya con un fármaco antes de la cita …)
Los médicos de AP revisamos todas las respuestas de las interconsultas y se avisa personalmente por teléfono al paciente para indicarles la recomendación pero hay determinadas situaciones : sustituciones, vacaciones, permisos …en las que estos pacientes pueden no ser llamados y sobre todo si la citación es preferente o para diagnostico rápido pueden acudir a la consulta sin la recomendación hecha previamente
Hemos elaborado un proyecto de mejora para evitar estas situaciones . Con ello contribuimos a mejorar el flujo de comunicación de la Interconsulta Virtual AP-AE redundando en el beneficio de la atención al paciente

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general .
Mejorar la efectividad de la interconsulta virtual recientemente implantada en nuestro Equipo de Atención Primaria

Objetivo especifico:
Que el 100% de los pacientes a los que se realiza ICV que van a ser valorados en consulta especializada y lleven una recomendación sean citados en Atención Primaria

MÉTODO
Informar via personal -teléfono y con carta informativa del proyecto a la Dirección de AP y a los responsables de la interconsulta virtual de las diferentes especialidades .
En dicha carta se explicará que habrá que hacer una selección en la respuesta de la interconsulta haciendo constar la siguiente notificación :PRESENCIAL CON RECOMENDACIÓN para que a la recepción en nuestro EAP, el Servicio de Admisión lo pueda reflejar así en nuestras agendas
Informar a todos los médicos del EAP para que una vez que esté el proyecto en marcha registren los que se han quedado sin citar porque no ha llegado al Centro la respuesta con este sistema para posteriormente cuantificar el total de pacientes

INDICADORES
Una vez que se ponga en marcha el proyecto necesitaremos los siguientes datos :
Numero de respuestas de interconsultas virtuales que se citan en nuestro EAP
Numero de respuestas de interconsultas virtuales que se citen como PRESENCIAL CON RECOMENDACIÓN
Numero de respuestas de interconsultas virtuales que deberían de haber sido PRESENCIALES CON RECOMENDACIÓN y que detectemos que no han llegado al EAP de esta manera
De esta manera elaboraremos los indicadores para valora si hemos obtenido el porcentaje deseado

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio : una vez aceptado el proyecto de mejora
Elaboración de carta para enviar a Dirección de EAP y responsables de ICV de las diferentes especialidades : 1 mes

Puesta en marcha tras obtener respuesta
Recogida de datos : 6 meses -1 año
Evaluación periódica con comunicación de incidencias en reuniones de EAP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0917

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL AP-AE RECIENTEMENTE IMPLANTADA EN NUESTRO EAP

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 - 2019/0939

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECRO EN EL EAP VENECIA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SARA ARQUILLUE VARONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VENECIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRABAL MARTINEZ YOLANDA
BURILLO MATEO RAQUEL
CONDE ASENSIO VICTORIA
DUEÑAS GIL EVA
DUPLA ARENAZ MARIA
PUEYO GINES ANA
VERDURAS SANCHEZ MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.
El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.
Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno) y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.
Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.
En el EAP Venecia, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:
1. Sesiones formativas:
-El responsable de antibióticos del EAP, Sara Arquillué Varona ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas
reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.
-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP, Sara Arquillué Varona, ha llevado a cabo dos sesiones formativas:
-Abordaje de infecciones respiratorias: fecha 16 de Abril del 2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha 26 de Noviembre del 2019
En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas.
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0939

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECRO EN EL EAP VENECIA

de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos
-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.
- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.
- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos
En el EAP Venecia hemos dado 2 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.
Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.
El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.
2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

En cuanto a resultados:
1.Es destacable que en el EAP Venecia se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 10,3, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre 2018 :13,15).
2.En nuestro EAP Venecia para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo decefalosporinas 3ª generación.
En diciembre 2018 el valor era 2,40% siendo en diciembre 2019 de 1,60% de
% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos:
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.
3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.
A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0939

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECRO EN EL EAP VENECIA

de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron de 28,83% y 51,35% respectivamente.
En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 33,33% y 25% respectivamente.
Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La estrategia propuesta en este proyecto de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos, nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las mas adecuadas.
Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.
Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.
Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/939 ========== ***

Nº de registro: 0939

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VENECIA

Autores:
ARQUILLUE VARONA SARA, ARRABAL MARTINEZ YOLANDA, BURILLO MATEO RAQUEL, CONDE ASENSIO VICTORIA, DUEÑAS GIL EVA, DUPLA ARENAZ MARIA, PUEYO GINES ANA, VERDURAS SANCHEZ MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

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

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

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0939

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECRO EN EL EAP VENECIA

del uso de ATB y su adecuación.Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP VENECIA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 2,1% de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO
Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES
Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario.Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clinico.Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 2,1 %.Objetivo 2019: =2,0%
Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias Valor 2018: 28,38 %Objetivo 2019: Disminuir
% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinariasValor 2018: 51,35 %Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN
Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo.Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 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 - 2018/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al igual que en 2018, entre la última semana de febrero y las dos primeras de marzo, se establecieron reuniones por grupos de EAPs de AP del Sector, en donde además de compartir los resultados globales del ACG 2018, se marcaron las líneas del ACG 2019. Dado que en 2018, hasta 8 equipos adoptaron el Proyecto Asistencial de EPOC de la DAP, se aprovecharon los mencionados encuentros, para reforzar y seguir concienciando de la importancia de la estrategia, sustentado en los siguientes puntos:
1. Priorizar la actividad de deshabituación tabáquica, fomentando la consolidación y creación de Consultas Monográficas para tal fin, tanto por profesionales de medicina de familia como de enfermería.
2. Favorecer la creación de Consultas Monográficas específicas para la realización de espirometrías, en los 21 centros de salud del Sector.
3. Favorecer e impulsar la creación de Consultas Monográficas orientadas en la educación individual/grupal del paciente EPOC.
4. Favorecer la inclusión de Proyectos Asistenciales en los ACG 2019 relacionados con la consolidación de la estrategia EPOC.
4. Reforzar la necesidad de mejora de los principales indicadores relacionados con la EPOC, recogidos en el cuadro de mandos de acg, accesible y actualizado mensualmente para todos los equipos y profesionales.
La mencionada estrategia de trabajo, se reforzó en la Comisiones Técnico Asistenciales de Mayo y Noviembre de 2019, con la presentación de la evolución de los resultados de los objetivos previstos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. En 2019, se mantuvieron como Proyectos de Seguimiento los 8 centros que adoptaron el año previo el Proyecto de EPOC de la DAP, a lo que se sumaron 4 Proyectos adicionales relacionados con la estrategia relacionados con los cuidados en EPOC, deshabituación tabáquica, y uno especialmente novedoso, en relación con la intervención sobre el tabaco sobre padres fumadores con hijos en edad pediátrica, en el Centro de Salud de Valdespartera.
2. A lo largo de 2019, se pusieron en marcha, un total de 8 Consultas Monográficas para deshabituación tabáquica, 5 más que en 2018.
3. A nivel de consultas específicas para la realización de espirometrías, de las 3 que constaban en 2018, se ha pasado a una cobertura total en todo el Sector.
4. Las consultas de educación grupal en torno al paciente EPOC, crecieron hasta un total de 5 (3 en 2018).
5. La prevalencia de EPOC, subió del 2,35 al 2,39, sin llegar al objetivo marcado de 3, pero manteniendo tendencia positiva desde 2017, donde no se lllegaba al 2.
6. El porcentaje de pacientes fumadores a los que se ha realizado una intervención tabáquica ha ascendido del 54,58% al 56,95%, más cercano al objetivo mínimo del 60% estimado como horizonte.
7. El porcentaje de personas mayores o igual de 15 años a las que se les ha preguntado por el consumo de tabaco, también ha ascendió al 37,84%, pero aún lejos del objetivo mínimo del 50%.
8. El porcentaje de pacientes con diagnóstico EPOC y registro de síntomas en el último año llega a un 13,44%, sobre el 12, 88% previo.
9. El porcentaje de pacientes con diagnóstico EPOC con intervención en limpieza ineficaz de las vías aéreas, pasa de 8,53%, sobre un 6,19%.
10. El porcentaje de equipos de AP con espirómetro y circuito establecido ha sido del 100%, vinculado a la creación específica de una Consulta Monográfica.
11. Espirometrías realizadas fuera del centro de salud fuera del circuito establecido en el equipo, 0%.

Como fuente de datos se ha usado el Cuadro de Mandos del ACG del Sector e informaciones solicitadas a la Subdirección de Sistemas de Información del Sector.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como observamos y comentamos el año pasado, la mejora de la consecución de indicadores en relación a la estrategia EPOC, es un proceso lento y que requiere en nuestra opinión constancia y reiteración en los mensajes, por lo que consideramos que merece la pena insistir y mantener el Proyecto, pues es además, un problema de salud totalmente accesible y asumible en las consultas de Atención Primaria, en nuestro día a día. Nuestros indidcadores siguen al alza, pero sin llegar aún a los niveles mínimos de consecución.

Otro motivo que nos anima a mantener el Proyecto, es mantener la lucha activa y progresivamente mejor organizada, contra su principal desencadenante, el hábito del tabaco, para lo cual está ayudando la creación de consultas monográficas específicas, más teniendo en cuenta la reciente financiación de tratamientos para intentar dejar tan prevalente hábito, que hace un determinado grupo de pacientes, esté más receptivo a la hora de solicitar y aceptar ayuda, por los propios profesionales de su centro de salud.

Nos preocupa, que dado el impulso a las consultas mongráficas para la realización de espirometrías en todo el

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sector, fundamentales para refrendar la sospecha clínica, tengamos dificultades para la sustitución o compra de modelos obsoletos o irreparables.

Sigue quedando pendiente, como ya manifestamos el año pasado, el poder articular la forma de integrar las espiromterías realizadas en AP en HCE para favorecer la información de la ICV de ser precisa.

Pensamos igualmente, que debería renovarse a nivel institucional el impulso y actualización de la Estrategia EPOC.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0076

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo. A nivel de Sector la evolución de estos indicadores, nos dejan por debajo de la media del SALUD. 11 centros de 21 siguen estando en 2017 por debajo del 50% de intervención.

2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC. La razón prevalencia del Sector II es de las más bajas de la CCAA.

3. Estimular la realización de espirometrías y homogeneizar sus circuitos. Conseguir la autonomía plena de todos los centros de salud para la consecución de esta prueba.

4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de iniciativas tales como las CM.

MÉTODO
- Difusión a los equipos por parte de la DAP del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.

- Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.

- Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.

- Propaganda activa en los centros con consultas monográficas sobre cuidados de EPOC y/o deshabituación tabáquica, de cara a los pacientes

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA ALONSO SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA
GIL MOSTEO MARIA JOSE
ARENAZ CAJAL CARMEN
SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA
ORIOL TORON PILAR ANGELES
AZNAR CARBONELL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la realización del pertinente análisis AMFE a finales de enero de 2019 para establecer los objetivos prioritarios de mejora en la estrategia de diabetes de nuestro Sector (solicitud y registro de microalbuminuria y valoración y estratificación de riesgo de pie diabético), se procedió a crear un equipo de proceso del Sector, contando con profesionales de Medicina de Familia y Enfermería implicados con la estrategia. Dicho grupo se conformó en marzo de 2019, contando con 3 médicos y 3 enfermeras, que bajo las directrices de la Dirección Atención Primaria del Sector y uno de los responsables autonómicos de la estrategia, realizaron entre el 26 de marzo y el 22 de mayo de 2019, 18 visitas a los centros de salud urbanos del Sector (6 por pareja), con la intención de transmitir la importancia de los objetivos marcados, aprovechando los conocimientos, experiencia y cercanía de estos profesionales. Por otro lado, y de cara a minimizar los desplazamientos a la zona rural, y no interferir en la labor asistencial del grupo motor, la Subdirección Médica y de Enfermería, realizó la labor de difusión del Proyecto en Fuentes de Ebro, Campo de Belchite y Sástago.
En cada uno de los centros visitados, se mostraba la presentación realizada por el responsable de estrategia de DGAS, de cara a incidir en la importancia del proyecto, con el fin último de disminuir el nivel de amputaciones, así como de la progresión de la insuficiencia renal crónica. Se mostraba el punto de partida a nivel de indicadores, de los centros visitados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como medida del impacto del Proyecto destacar los siguientes:
1. Incorporación del Proyecto Asistencial de la Dirección de AP dentro de sus propios Acuerdos de Gestión firmados en el mes de junio, por un total de 7 EAP: Seminario, Ruiseñores, San Pablo, Fernando El Católico, Fuentes de Ebro, Miraflores y Rebolería.
2. Se aseguró la infraestructura básica para exploración del pie diabético, a nivel de monofilamentos.
3. Se abordó la modificación del petitorio analítico del perfil de diabetes, incluyendo específicamente la microalbuminuria.
4. Se mandaron cortes de evolución de indicadores en los meses de junio y octubre, a los centros que asumieron en sus ACG el Proyecto Asistencial.
5. Microalbuminuria: Según datos del Cuadro de Mandos de Diabetes, la evolución del indicador de revisión de microalbuminuria a 31 de diciembre de 2019 ha llegado a un 53,34%, 12 puntos por encima de la misma fecha en 2018. Objetivo planteado: Superar el 50%.
6. Pie diabético: Según la misma fuente, el registro de la exploración del pie diabético, ha pasado del 16,07% del 2018, al 25, 07% de 2019. Con respecto, a la valoración del riesgo, se ha evolucionado del 9,50% de hace un año, al 13, 84% del actual. Ambos indicadores han quedado por debajo, de las expectativas iniciales del Proyecto (48 y 25% respectivamente).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de no llegar a nivel de pie diabético a los estándares previstos, la sensación y la respuesta de los equipos ha sido muy satisfactoria en general. De alguna forma es esperable que para avanzar y consolidar cualquier línea estratégica, y más si es de la prevalencia y relevancia de la diabetes, haga falta mantener un Proyecto de estas características a medio plazo, entre 2 y 4 años al menos. Satisface ver, que cambios sencillos y accesible, como la modificación de un petitorio, puede arrojar en poco tiempo, mejoras de registro sustanciales como demuestra la evolución del indicador de la microalbuminuria.
El equipo de mejora a nivel de Sector se afianza y potencia para este 2020, con la intención concreta de consolidar el Proyecto, y con la aspiración de involucrar a más EAP, y que lo adopten en sus ACG.
Es un Proyecto que teniendo objetivos claros y un grupo humano que transmita con solvencia sus contenido, favorece que con gran sencillez sea replicado en cualquier Sector Sanitario.
Para este 2020 se incidirá en el material necesario para la exploración del pie diabético, no sólo monofilamentos, si no con la intención de renovar/adquirir en la medida de lo posible los doppler precisos para una mejor y más precisa exploración.

7. OBSERVACIONES.

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

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

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

Nº de registro: 0093

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

Autores:
ALONSO SANCHEZ MARTA, LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA, GIL MOSTEO MARIA JOSE, ARENAZ CAJAL CARMEN, SANGROS GONZALEZ JAVIER, SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA, ORIOL TORÓN PILAR ANGELES, AZNAR CARBONELL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

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

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

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

1.La determinación de microalbuminuria, que a pesar de formar parte del perfil de diabetes se tiene una cobertura sensiblemente inferior(alrededor del 20% menos) al resto de parámetros recogidos en el perfil de diabetes (como por ejemplo GFR, LDL, o HBA1c en el último año), alcanzando una cobertura del 42%(por debajo de la media del Sector del SALUD), lo que puede tener evidentes repercusiones en mortalidad cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

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

OBSERVACIONES

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 - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FLOR PASCUAL GUTIERREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ RUBIO CONCEPCION
ARAGÜES BRAVO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En 2018 se creó el grupo multidisciplinar con el Jefe de Servicio del hospital Miguel Servet, el Dr. Aragüés, la coordinadora de los fisioterapeutas de AP del Sector II, Concepción Sanz Rubio y la Directora de Enfermería de AP, Flor Pascual. Dicha coordinadora junto con una de las fisioterapeutas de la Unidad de fisioterapia de Fuentes Norte, Elena Gaspar Calvo, trabajaron durante las tres semanas la revisión y actualización de los protocolos de Fisioterapia en AP. Se definió la cartera de patología osteomuscular de baja complejidad terapéutica que corresponde a las fisioterapeutas de AP. Con el Jefe de Servicio de Rehabilitación se consensuaron los Protocolos de patologías más frecuentes que se asumen en AP: codo, hombro doloroso, rodilla, dolor vertebral, tobillo y pie y en último lugar rodilla y mano.

La Dirección de AP coordinó con el Jefe de Servicio de Rehabilitación y la coordinadora de fisioterapeutas del Sector sesiones informativas-formativas en los EAP donde están ubicadas las Unidades de fisioterapia en el Sector. A estas sesiones además de la fisioterapeuta de la Unidad donde se impartía la sesión acudió la coordinadora de fisioterapeutas, el Jefe de Servicio de Rehabilitación y la Dirección de AP.
El 1 de agosto del 2018 se procedió a la contratación, dentro del Plan de AP, de 4 fisioterapeutas más en el Sector para las Unidades de Almozara, Torrero, Reboleria y Valdespartera. Para la decisión en la ubicación en estas Unidades se tuvo en cuenta las demoras y la disponibilidad de espacio físico para un nuevo fisioterapeuta.
En 2019 hemos continuado con la impartición de sesiones informativas- formativas en los EAP tanto donde están ubicadas las Unidades de fisioterapia como en el resto de EAP. Se han dado sesiones en San Pablo y Parque Roma, Fuentes Norte, Torre Ramona, San José Centro y San José Norte y Reboleria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los objetivos planteados al inicio del Proyecto en 2018 se ha conseguido la constitución del Grupo multidisciplinar.
Se ha determinado la cartera de Servicios de la patología osteomuscular de baja complejidad atendida en las Unidades de fisioterapia de AP.
A lo largo de los dos años se han difundido los Protocolos en los Equipos donde hay Unidades de fisioterapia que tienen como hospital de referencia el Miguel Servet y en 7 EAP.
A través de la base de datos que nos envía Asistencia Sanitaria podemos calcular el impacto del Proyecto. El número de derivaciones a todas las Unidades de Locomotor y Rehabilitación (trauma, reuma, rehabilitación y UME) ha disminuido un 7%.
Sin embargo, en 2018 el impacto en la disminución de las demoras para el primer día en las Unidades en las que se doto de un fisioterapeuta más, solo bajo en la mitad de ellas, es decir, en dos Unidades de las 4 en las que se puso el recurso.
En 2019 en la Unidad de Fisioterapia de Almozara las demoras para primer día son prácticamente iguales que en 2018. Comparando estas demoras por años pasamos de 82 días en diciembre de 2018 a 88 en diciembre en 2019 en el turno de mañana y en el turno de tarde de 70 a 61 días.
En la Unidad de fisioterapia de Rebolearía las demoras para el primer día han aumentado con respecto a 2018. De 51 días en 2018 pasamos a 68 para el turno de mañana y de 73 a 110 en el turno de tarde.
En la unidad de Fisioterapia de Torrero La Paz las demoras para el primer día son prácticamente las mismas que en 2018. En 2018 teníamos 16 días y mantenemos estos mismos días a 31 de diciembre de 2019 en el turno de mañana y en el turno de tarde se mantiene a 50 días.
En la unidad de Fisioterapia de Valdespartera se han incrementado considerablemente los días de demora de un año a otro pasando de 60 días en 2018 a 101 días en 2019 para el turno de mañana y de 59 a 91 en el turno de tarde.
En el resto de las Unidades de Fisioterapia del Sector, donde no ha habido aumento de Recursos Humanos, las demoras han disminuido en 2019 con respecto a 2018, salvo en la unidad de San Pablo que ha aumentado de forma considerable tanto en el turno de mañana como en el de tarde.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La creación del grupo de trabajo multidisciplinar para la revisión, actualización, consenso con el Servicio de Rehabilitación, así como la difusión por parte de las fisioterapeutas del Sector e implicación de la Dirección ha servido para disminuir las demoras a las Unidades del aparato locomotor y rehabilitación. También ha servido para mejorar la comunicación entre los profesionales de AP y el Servicio de Rehabilitación del hospital Miguel Servet. en consecuencia, este hecho, ha mejorado la continuidad de cuidados de los pacientes en nuestro Sector.
Con los datos obtenidos en la evaluación de las demoras podemos concluir que estas prácticamente no han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

mejorado en ninguna de las 4 unidades de fisioterapia donde se ha puesto un fisioterapeuta más. Concluimos que aumentar la plantilla de profesionales no va asociado a una disminución de las demoras. En este caso el aumento de Recursos Humanos ha aumentado la demanda tanto por porte de los pacientes como por los profesionales encontrándonos de nuevo, en este aspecto, en el punto de partida.
Ha queda pendiente la reunión con el Jefe de Servicio del Hospital General de la Defensa para coordinar las derivaciones ente la Unidad de Fisioterapia de Seminario y Valdespartera, así como la impartición de las sesiones correspondientes a los profesionales de los Equipos que tienen como referencia el HGD (Casablanca, Seminario y Valdespartera)

7. OBSERVACIONES.
El hecho de que los EAP de Casablanca, Seminario y Valdespartera tengan como referencia al Hospital General de la Defensa ha condicionado la implantación de este Proyecto en estos EAP dilatándose en el tiempo. Por lo que ha quedado pendiente para 2020.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/84 ========== ***

Nº de registro: 0084

Título
PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

Autores:
PASCUAL GUTIERREZ FLOR, SANZ RUBIO CONCEPCION, ARAGÜES BRAVO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El actual circuito de derivación entre AP Y FISIOTERAPIA, y por extensión entre AP y RHB, debe ser mejorado, partiendo de una revisión de los protocolos asistenciales establecidos para patología osteomuscular, para de esta manera aumentar la eficacia de los circuitos de derivación, evitar duplicidades de derivación, fomentar la uniformidad de las pautas de tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Reordenar la atención de la patología osteomuscular en nuestro Sector.

2. Optimizar el uso de los recursos disponibles.

3. Mejorar la eficacia y la eficiencia asistencial en este proceso clínico, a través de la coordinación entre AP Y AE.

4. Clarificar las características de los subprocesos que se han de asumir en cada nivel asistencial.

5. Establecer a continuación los criterios de derivación.

6. Potenciar las Unidades de Fisioterapia en AP.

MÉTODO
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Consenso sobre subprocesos de baja complejidad terapéutica para ser asumidos en Fisioterapia de AP.
- Revisión previa de actuales protocolos.
- Valorar actividades de difusión en los EAP para su adecuado cumplimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

INDICADORES

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar entre AP y AE. Objetivo: Sí.
- Determinación de una cartera de patología osteomuscular de baja complejidad terapéutica atendida en Unidades de Fisioterapia de AP. Objetivo: Sí.
- Difusión de los Protocolos de derivación a Fisioterapia y RHB desde MFyC. Objetivo: Sí.
- Impacto del Proyecto sobre el número de derivaciones desde AP a RHB/UME. Objetivo: Disminución.

DURACIÓN

- Creación Grupo Trabajo : Marzo 2018
- Revisión y actualización Protocolos actuales: Abril 2018
- Determinación Subprocesos baja complejidad terapéutica: Mayo 2018
- Consenso e implantación definitiva circuitos derivación MF/Fisio/RHB. Junio 2018
- Difusión EAP. Segundo semestre 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 - 2019/0482

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el año 2018 se puso en marcha en el Sector II el abordaje a la cronicidad a través del Programa del Paciente Crónico Complejo dentro de la Estrategia del Departamento de Sanidad de la Cronicidad.
A fin de impulsar este nuevo Programa en la Dirección de AP nos planteamos la realización de este Proyecto ligado al acuerdo de Gestión 2019: "Estrategia de Desarrollo del Programa del Paciente Crónico Complejo en el Sector II". Otros 6 EAPs del Sector (Fernando el Católico, Fuentes de Ebro, Miraflores, Seminario, San Pablo y Sastago) se adhieren a este Proyecto incluyéndolo en sus respectivos Acuerdos de Gestión.
Dentro de las actividades formativas para la puesta en marcha de este Proyecto la Dirección de AP organizo una formación a nivel de Sector dentro del Plan de Formación de AP de 2019 con fondos Salud de 7 horas de duración abierta a todos los profesionales sanitarios de AP interesados. Se formaron 34 profesionales; a los nuevos referentes del PCC, en aquellos Centros que se habían producido cambios por traslados; médicos, enfermeras y trabajadores sociales de los 21 EAP. Como docentes contamos con los referentes del Programa en el Sector a nivel de medicina y enfermería; los referentes de la UCC del Hospital Miguel Servet, Farmacia de AP y Trabajo Social de AP.
Por parte de la Dirección, en 2018 se realizaron sesiones formativas en todos los EAP del Sector. A lo largo del 2019 se organizaron 11 sesiones informativas-formativas sobre el citado Programa del PCC en los Centros que o bien lo solicitaron o desde la Dirección así se consideró. Estos Centros fueron: Casablanca, Campo de Belchite, Puerta del Carmen, San José Centro, San José Norte, San José Centro, San José Sur, Torre Ramona, Valdespartera y Venecia.
A fin de coordinar las rutas asistenciales de los EAP con las diferentes UCC y garantizar la continuidad de cuidados se han realizado reuniones periódicas con de los tres hospitales de referencia del Sector tanto con las Direcciones Asistenciales como con los profesionales asistenciales de las UCC. Estas reuniones han sido: 7 reuniones con el Miguel Servet, 4 Hospital General de la Defensa y 5 con el Hospital San Juan de Dios.
También desde la Dirección se han coordinado reuniones entre los profesionales de las UCC en los Centros de salud con los profesionales del Equipo. Así los profesionales de la UCC del HGD se han trasladado a sus Centros que su UCC depende de este hospital: Casablanca, Seminario y Valdespartera y el Hospital San Juan de Dios a los suyos: en San José Sur, Torrero y Venecia.
A fin de valorar la evolución del Programa, desde la Dirección de AP se han realizado revisiones del Programa a través de los cortes que envía Dirección de Asistencia Sanitaria.
La experiencia piloto de mayo de 2018 a mayo de 2019, en Almozara con una enfermera dedicada en exclusividad a coordinar el Programa del PCC y en San Pablo otra enfermera, en este caso, asumiendo un cupo médico y haciendo las funciones de coordinadora del Programa en el Centro fue muy positiva como demuestran los resultados obtenidos (a fecha 31 de diciembre, San Pablo con un 23% y Almozara con un 14% de PCC incluidos en Programa. En Planes de Intervención un 71,83% en Almozara y un 94,93% en San Pablo) muy por encima de la media del Sector 44,66% y de Aragón 50,68% en lo referente a Planes de Intervención.
Es por ello, que en noviembre de 2019 la Dirección de AP plantea poner una enfermera en el Centro de Salud de Sagasta para coordinar este Programa. Se elige Sagasta porque es el Centro más grande del Sector con dos EAP, Ruiseñores y Miraflores. Contamos con la disponibilidad de una enfermera que conoce el Centro, los profesionales y está formada y cualificada para llevar a cabo este Proyecto. Primero ha comenzado asumiendo la coordinación de los PCC de Ruiseñores para pasar más tarde a asumir la coordinación del Miraflores.
Teniendo como finalidad la evolución del Programa y el establecimiento de medidas correctoras la dirección ha consensuado con los responsables de las UCC de los tres hospitales de referencia el envío por parte de las UCC a la dirección de AP un informe de las atenciones de la Unidad tanto de ingresos, como de consultas presenciales, telefónicas de medicina y de enfermería, así como de interconsultas. La UCC del Servet las envía semanalmente, la UCC del Militar trimestralmente y la UCC de San Juan de Dios semestralmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La base de datos que hemos utilizado para la evaluación de este Proyecto es la facilitada por la Dirección de Asistencia Sanitaria en los cortes de junio, septiembre y diciembre de 2019.
Cuando al inicio de 2019 en la Dirección de AP nos planteamos este Proyecto elaboramos unos indicadores con relación a los que desde Asistencia Sanitaria se enviaban en 2018.
Los indicadores con los que contamos en 2019 son solamente los referidos a los PCC con un GMA> 97 por lo que los indicadores del Proyecto 1, 2 y 3 nos vemos en la obligación de fusionarlos en uno solo.
Los indicadores 5 y 6 tampoco se pueden evaluar por no disponer de datos, por lo tanto, vamos a evaluar

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

1. TÍTULO

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

únicamente en este Proyecto los PCC incluidos en Programa y los Planes de Intervención.
A fecha 31de diciembre de 2018 en el Sector II teníamos incluidos 792 paciente Crónicos Complejos. En los diferentes cortes de 2019 se ha ido produciendo un ligero aumento en la inclusión de PCC. En junio de 2019 el porcentaje de inclusiones es de un 7,89% de PCC a fecha de septiembre es de 12,46 para cerrar el año a 31 de diciembre con un 14,67% con un total de 1236 pacientes incluidos. Cifra que multiplica por dos los resultados obtenidos a fecha 31 de diciembre de 2018. La distribución por EAP es muy diferente de 138 pacientes en San Pablo y 71 de Almozara, siendo estos Equipos los primeros del Sector, 134 en torrero, 99 en Puerta del Carmen y San José Sur a 12 en Casablanca siendo este equipo el que menos inclusiones del sector tiene.
El segundo indicador a evaluar es el Plan de intervención. Partimos en enero de 2019 con 49 % y a lo largo del primer semestre hemos disminuido este porcentaje a 47,01%; en septiembre estábamos en un 44,38 % para finalizar con un ligero repunte, respecto al corte de junio, en un 44,66%. Estando a menos de un 5% por debajo de la media de Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Analizando los datos vemos que el Programa del PCC avanza lentamente. Son más los profesionales que van incluyendo PCC en el Programa, pero estas inclusiones no siempre van acompañadas de su correspondiente Plan de Intervención, como lo demuestran los indicadores que lo evalúan.
El Equipo de mejora de este Proyecto consideramos que las actividades realizadas son adecuadas para la consecución de los objetivos planteados, sin embargo, no parecen suficientes en relación a los resultados obtenidos. Es por ello, que a la vista de los resultados alcanzados en Almozara y San Pablo, de los que ya nos hemos referido en el apartado anterior, se ha puesto una enfermera en Sagasta a fin de coordinar a los profesionales con la UCC del Hospital Miguel Servet, apoyar al programa y la continuidad de cuidados de estos pacientes.
La predisposición de la Dirección del Hospital Miguel Servet, así como de los profesionales de la UCC, para abrir las puertas de la UCC a los profesionales de AP a dicha Unidad y salir a los EAP para la realización de sesiones clínicas de PCC nos parece puede ser de utilidad en la comunicación entre los profesionales de AP y la UCC. Es por ello que este Proyecto de Dirección va a ser de continuidad en 2020 y se podrán adherir a él más EAP.

7. OBSERVACIONES.
Sería muy interesante que se pudiesen evaluar los indicadores 5 y 6 porque la identificación de la enfermera es fundamental tanto para el paciente como para los profesionales de AP y la UCC. Es en la enfermera en quien pilota el Programa. La identificación del cuidador principal es también muy importante, sobre todo la del cuidador principal que puede tomar decisiones del PCC cuando este no está capacitado para hacerlo.
Tanto la enfermera como el cuidador principal identificados son indicadores de garantizan la comunicación y continuidad de cuidados de los PCC.
Como dificultades en la puesta en marcha de este Programa del PCC en el Sector II ha sido que contemos con tres Unidades de pacientes Crónicos Complejos. Ubicadas en tres hospitales diferentes y que su puesta en marcha no ha sido simultanea e incluso la especialidad de los profesionales responsables de estas Unidades sea diferente. Medicina Interna en el hospital Miguel Servet, geriatría en el HGD y en el hospital San Juan de Dios tanto medicina de interna como geriatría. A día de hoy esta situación está asumida más por los profesionales del Sector que por los pacientes, estos presentan alguna reticencia inicial a acudir a otra UCC diferente del Servet. Aunque una vez que contactan con las UCC del HGD o de San juan de Dios la satisfacción tanto de los profesionales como de los pacientes y cuidadores es muy alta.

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

Nº de registro: 0482

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

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

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

1. TÍTULO

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

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

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

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

MÉTODO
1. Formación de los Referentes del Programa del PCC a nivel de Sector II.
2. Formación en los EAP del Sector para los profesionales del Equipo.
3. Establecimiento de circuitos asistenciales definidos para el PCC en cada EAP en relación a su UCC de referencia
4. Visitas de los Profesionales de las UCC a los EAP.
5. Evaluación y valorarción de la posibilidad de trasladar la experiencia favorecida por la Gerencia del Sector II, iniciada en abril de 2018 en los C.S Almozara y San Pablo, de contar con un recurso de enfermería específico para coordinar el Programa de PCC, a otros Centros de la organización. Feed-back semanal a esta Dirección de Atención Primaria de la actividad realizada en cada Unidad PCC

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1318

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA BELEN PINA GADEA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARTA MANCHO CARMEN
LAIN MIRANDA MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condicionará su eficacia en el futuro.
De hecho, la eficacia de los antibióticos más frecuentemente usados cada día está más en peligro debido al desarrollo de bacterias multirresistentes, por ejemplo, Pseudomonas sp, E. Coli, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae, que han desarrollado resistencias a antibióticos claves (quinolonas, cefalosporinas de 3ª generación, macrólidos…).
El desarrollo de resistencias bacterianas es un proceso evolutivo normal, pero en estos momentos está acelerado por la presión selectiva que ha ejercido el uso excesivo de antibióticos.
Por este motivo la gestión del uso de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas, priorizando sobre todo la de los antibióticos de espectro más amplio.
Para facilitar esta tarea, a nivel autonómico, desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la “Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio” en la que se realizan recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP, teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.
En aras a mejorar la gestión de los antibióticos en el Sector Zaragoza II, se analizó el consumo de antibióticos en el año 2018 en atención primaria, priorizando en el año 2019, la optimización del uso de antibióticos de amplio espectro, centrando especialmente los esfuerzos en la reducción de la prescripción de cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.

Para lo cual se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas con responsables de antibióticos de los EAPs:

- Elaboración de las sesiones sobre infecciones urinarias en adultos y pediatría. El grupo PROA AP SECTOR II ha elaborado las recomendaciones de tratamiento antimicrobiano en infecciones urinarias de la guía IRASPROA, y como parte de la estrategia de difusión a toda la CCAA de Aragón, ha elaborado sendas sesiones clínicas locutadas, en formato de casos clínicos.
Estas sesiones se han distribuido en formato power point y video con los coordinadores PROA AP de todos los sectores de Aragón para la formación de los responsables de antibióticos de los EAPs.
- Desde el grupo PROA AP SECTOR II se han impartido 4 sesiones formativas:
-Dos relativas a las infecciones respiratorias (14/03/2019 y 11/06/2019). La primera de ellas dirigida a los responsables de antibióticos, sobre infecciones respiratorias en el adulto, y la segunda relativa a infecciones respiratorias pediátricas dirigidas a pediatras.
-Dos relativas a infecciones urinarias (08/05/219 y 12/06/2019). La primera dirigida a responsables de antibióticos sobre infecciones urinarias en el adulto y la segunda dirigida a pediatras sobre infecciones urinarias pediátricas.
En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.
Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.
Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.
Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

2. Sesión informes de consumo de antibióticos en EAPs
El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión en cada EAP.
En esta sesión se ha presentado los informes de consumo de antibióticos obtenidos a partir de los datos de facturación de receta de Aragón y que se envían trimestralmente a todos los CIAS de medicina de familia y pediatría, así como los indicadores que en ellos se han monitorizado, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de éstos con su equipo,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1318

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

sector y Aragón y en periodos interanuales.
En esta sesión, se ha transmitido la situación del equipo en relación a los distintos indicadores, comparándolo con la media del Sector y de Aragón haciendo especial refuerzo en la información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.
En esta sesión también se ha proporcionado información a cada EAP de los indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados en él, y se han mostrado las herramientas disponibles para revisar casos clínicos, ya sea a través del cuadro de mando de mandos de farmacia, que permite revisar a cada profesional el listado de pacientes a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación y el diagnóstico asociado, o bien desde el listado enviado a cada CIAS por el Servicio de Farmacia de AP, de pacientes tratados en el último año con amoxicilina-clavulánico / quinolonas / macrólidos así como del diagnóstico asociado a éste.

3. Análisis del consumo de cefalosporinas de tercera generación
Se ha analizado el consumo de cefalosporinas de 3ª generación tanto en el ámbito de Atención Primaria del Sector como desde el Servicio de Urgencias del HUMS tanto en 2018 como en 2019.
En este análisis sólo se han tenido en cuenta las prescripciones de cefalosporinas de 3º gen de administración oral: cefixima, cefditoreno y ceftibuteno.
Se han analizado también los diagnósticos asociados a dichas prescripciones tanto en el ámbito de primaria como de urgencias hospitalarias y se han puesto en común con dicho Servicio para su valoración.
Se presentaron dichos resultados en la Comisión de Infecciones del Sector.

4. Análisis del consumo global de antibióticos en AP del Sector. Año 2018
-En febrero de 2019 a partir de los datos de facturación de receta oficial (Farmasalud) así como de la base de datos que contiene los datos de prescripción, se ha realizado un análisis de la situación de partida de cada equipo de atención primaria (EAP), valorando dos tipos de indicadores:
Indicadores de uso de antibióticos:
-DHD MEDICINA DE FAMILIA
-DDDs espectro reducido /total DDDs J01
-Envases amoxicilina /total envases amoxicilina+amoxi-clav
-Envases macrólidos /total envases J01
-DDDs fluorquinolonas /total DDDs J01
-DDDs cefas 3 /total DDDs J01

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
-% uso de cefalosporinas 3ª generación/macrólidos/quinolonas/amoxicilina-clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias
-% uso de cefalosporinas 3ª generación/macrólidos/quinolonas/amoxicilina-clavulánico en procesos infecciosos de vías urinarias
A partir de este análisis se ha priorizado áreas de mejora en cada EAP y se ha informado de ello al responsable de antibióticos, para que coordinadamente con el Servicio de Farmacia se planteasen los correspondientes proyectos asistenciales en dichos equipos.
-Además se ha elaborado un informe de consumo de antimicrobianos en el Sector Zaragoza II a partir de la información de recetas facturadas con cargo al Sistema Nacional de Salud durante el año 2018.
Este análisis se ha realizado, tanto a nivel de principio activo como de subgrupo terapéutico. También se ha analizado la evolución del consumo (DHD) en medicina de familia y en pediatría, así como en atención especializada (recetas prescritas desde este ámbito).

5. Analizar el impacto de las medidas aplicadas en cada EAP en diciembre de 2019
A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP se ha proporcionado información a los EAPS acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª gen/ macrólidos/ quinolonas/ amoxicilina-clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, en función del proyecto seleccionado, para su seguimiento y para la elaboración de sus correspondientes memorias.
También se ha proporcionado información de los indicadores de consumo de antibióticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos
Se han realizado 2 sesiones relativas a infecciones respiratorias (adultos y pediatría) y otras 2 sesiones relativas a infecciones urinarias (adultos y pediatría). En ambas sesiones la asistencia ha sido superior al 70% de los profesionales convocados.
Como resultado de estas actividades formativas se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir al germen más probable en los procesos infecciosos que se sospecha, pudiendo limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación, macrólidos y amoxicilina-clavulánico, quinolonas.
El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Sesiones de difusión e interpretación de informes de consumo farmacéutico.
Se han impartido 21 sesiones, una en cada EAP del sector Zaragoza II, de las que se dispone del registro de firmas.
ALMOZARA 19/11/2019
CAMPO DE BELCHITE 14/10/2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1318

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

CASABLANCA 17/07/2019
FDO. EL CATOLICO 10/09/2019
FUENTES DE EBRO 08/10/2019
FUENTES NORTE 22/07/2019
PARQUE ROMA 13/11/2019
PTA. DEL CARMEN 24/09/2019
REBOLERIA 10/07/2019
SAGASTA-MIRAFLORES 27/06/2019
SAGASTA-RUISEÑORES 27/06/2019
SAN JOSE CENTRO 20/06/2019
SAN JOSE NORTE 20/06/2019
SAN JOSE SUR 19/09/2019
SAN PABLO 26/09/2019
SASTAGO 21/10/2019
SEMINARIO 18/09/2019
TORRE RAMONA 12/09/2019
TORRERO 15/05/2019
VALDESPARTERA 26/06/2019
VENECIA 19/09/2019

3. % de EAPs en los que se ha realizado el análisis de utilización de cefalosporinas 3ª generación
Todos los profesionales de todos los EAPs han tenido acceso a los datos de prescripción de cefalosporinas 3ª gen a través del Cuadro de Mandos de Farmacia, y desde el Servicio de Farmacia, se ha informado y formado a éstos para utilizar esta herramienta que ha permitido revisar las prescripciones ya realizadas y el diagnóstico asociado a ello, para modificar pautas de prescripción futuras.
Además, en 13 de los 21 EAPs del Sector se seleccionó este indicador como objetivo en sus proyectos asistenciales, por lo que en ellos se ha trabajado más en profundidad a través de sesiones clínicas monográficas sobre casos clínicos en los que se habían prescrito cefalosporinas de 3ª generación.
En diciembre de 2019, de los 13 EAPs, uno de ellos ha logrado el objetivo preestablecido en su proyecto, 8 EAPs lo han mejorado significativamente y 3 han mantenido el mismo valor y uno lo ha aumentado.

4. Realización del informe de consumo global de antibióticos del Sector
Se elaboró un informe que se presentó en la Comisión de Infecciones y se transmitió a todos los miembros del grupo PROA AP del Sector Zaragoza II.
Además, este informe está disponible para su consulta en la Intranet del Sector, en el apartado PROA.

5. Indicadores de consumo de antibióticos,
Previamente a exponer los resultados es necesario hacer alguna consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria.
En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.
En cuanto a resultados:
o Es destacable que en el Sector se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 11,10, lo que ha supuesto una reducción del 9% respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 12,21).
o En nuestro Sector para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación en 13 EAPS, macrólidos en 4 EAPs, quinolonas y amoxicilina-clavulánico, en un equipo cada uno.
En global en el sector se priorizó reducir el indicador % DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos, cuyo valor en diciembre 2018 era de 3,2%, mientras que en diciembre 2019 se ha reducido a 3,0%.
El resto de indicadores que también se han monitorizado, y que también han mostrado una notable mejoría han sido:
% envases amoxicilina/total envases amoxicilina-clavulánico: Diciembre 2018: 57,05%; Diciembre 2019: 63%
% envases macrólidos/total envases antibióticos: Diciembre 2018: 21,0%; Diciembre 2019: 19,3%
% DDDs quinolonas/total DDDs antibióticos: Diciembre 2018: 11,8%; Diciembre 2019: 8,9%
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.
6. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el sector Zaragoza II se ha trabajado en la línea del objetivo marcado ya que se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª gen/macrólidos/quinolonas/amoxicilina clavulánico de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1318

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

forma considerable.

Los resultados ha sido los siguientes:

- En el Sector Zaragoza II, considerando el objetivo marcado de reducción del % de uso de cefalosporinas 3ª gen, se ha reducido el número de prescripciones en un 14,66% en total.
- En procesos infecciosos de vías respiratorias, también se ha reducido la prescripción en un 41,68%, ya que se ha pasado de 2665 prescripciones (58,65 %) en 2018, a 1881 prescripciones (47,46 %) en 2019.
- En procesos infecciosos de vías urinarias, el porcentaje de reducción ha sido menor, del 2,96%, pasando de 1010 prescripciones (22,23%) en 2018, a 981 prescripciones (24,75%) en 2019.

Por tanto, ha habido una reducción importante en el uso de cefalosporinas de 3ª generación en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La estrategia propuesta en este proyecto, de formación y retroalimentación a cada profesional del Sector con los datos de utilización de antibióticos, y de revisión de pacientes tratados con determinados grupos de antibióticos, ha sido efectiva y ha permitido modificar pautas de prescripción y adecuarlas a las recomendaciones de la guía IRASPROA.
Del análisis de consumo, también se ha evidenciado la necesidad de coordinar esfuerzos con el Servicio de Urgencias del Hospital con objeto de unificar criterios de utilización de antibióticos en ambos ámbitos asistenciales.
Por tanto, la estrategia planteada en este proyecto, se puede continuar aplicando a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1318 ========== ***

Nº de registro: 1318

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
PINA GADEA MARIA BELEN, LABARTA MANCHO CARMEN, LAIN MIRANDA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.
La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1318

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en Atención Primaria (AP) del Sector Zaragoza II se ha considerado una oportunidad de mejora trabajar la adecuación de la prescripción de antibióticos de amplio espectro. En el Sector Zaragoza II el %DDD de cefalosporinas de tercera generación respecto al total de DDDs de antibióticos es superior a la media de Aragón (Zaragoza II: 2,8%; Aragón 2,1%). Por ello, se ha priorizado la revisión del uso de cefalosporinas de tercera generación en infecciones respiratorias y urinarias según las recomendaciones de la Guía de Tratamiento Antibiótico Empírico de Aragón-IRASPROA.

RESULTADOS ESPERADOS
•Sensibilizar a los profesionales de AP del Sector del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección.
•Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
•Optimizar la utilización de cefalosporinas de tercera generación

MÉTODO
1. Realización al menos dos sesiones formativas con los responsables de antibióticos de los equipos de Atención Primaria del Sector, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
2. Reforzar formación de los profesionales sanitarios, mediante la realización de una sesión formativa en cada equipo para difundir y facilitar la comprensión de los informes de consumo de antibióticos.
3. Extracción y análisis de los datos acerca de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación
4. Analizar el consumo global de antibióticos en AP del Sector en el año 2018.
5. Analizar el impacto de las medidas aplicadas en cada equipo en diciembre de 2019.

INDICADORES
• Número de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario con los responsables de antibióticos de los equipos.
o Estándar: 2 sesiones con una asistencia del 70%.
• Número de sesiones de difusión e interpretación de los informes de consumo de antibióticos en los EAPs del Sector.
o Estándar: 17-21 sesiones
• % de EAP en los que se ha realizado el análisis de utilización de cefalosporinas de tercera generación.
o Estándar: 100%
• Realización del informe de consumo global de antibióticos del Sector.
o Estándar: SI
• Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 2,8%
Objetivo 2019: =2,5%

• Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 56,65 %
Objetivo 2019: disminuir 10%

o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 22,23 %
Objetivo 2019: disminuir 10%

DURACIÓN
-Febrero:
-Análisis de la situación de partida acerca de la utilización de cefalosporinas de tercera generación en el Sector Zaragoza II y comunicación de los resultados a los responsables de antibióticos de los EAPs
-Analizar el consumo de antibióticos en el Sector en el año 2018
-Marzo-Octubre:
-Difusión de las guías de tratamiento antibiótico empírico
- Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
- Realización de una sesión para difundir y facilitar la comprensión de los informes de consumo farmacéutico.
-Marzo-Diciembre: Apoyo en la formación y en la obtención de toda aquella información solicitada por los EAPs

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1318

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

```
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 - 2019/1424

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA LAIN MIRANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONCADA PEREZ ANA PILAR
SANCHEZ SORIA OSCAR
MORO LARA JAVIER
ABRIL ZAERA MARIA PILAR
PINA GADEA MARIA BELEN
GOMEZ JULIAN CRISTINA
AZNAR CARBONELL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-En Mayo 2019 se presentó el proyecto de mejora a la Dirección y se realizó la reunión inicial con los participantes del proyecto para priorizar las principales áreas a desarrollar en la intranet el apartado de AP y asignación de responsables en cada área priorizada:
Se priorizaron las siguientes áreas y responsables:
Información general: Pilar Abril y Javier Moro
Formación: Pilar Abril
Calidad: Elena Laín
Farmacia: Belén Pina
Vacunas: Elena Laín
Estrategias: Ángel Aznar y Cristina Gómez
Seguridad del paciente: Elena Laín

-De junio 2019 a Enero 2020 el responsable de cada área realizó búsqueda de la información necesaria para actualización de la misma y en el caso de áreas de nueva creación la información para el desarrollado del contenido de la misma.

-En Junio 2019 tuvo lugar una reunión de seguimiento de los participantes del proyecto: Se le comunicó a Ana Moncada (servicio de informativa) las posibles modificaciones y Ana Moncada explico al resto de participantes las características técnicas de la intranet del sector en relación a este proyecto. Se acordó priorizar en primer lugar realizar enlaces a páginas oficiales y en segundo lugar adjuntar PDF

-En Junio 2019 tuvo lugar una reunión de seguimiento de los participantes del proyecto: Se le comunicó a Ana Moncada (servicio de informativa) las posibles modificaciones y Ana Moncada explico al resto de participantes las características técnicas de la intranet del sector en relación a este proyecto. Se acordó priorizar en primer lugar realizar enlaces a páginas oficiales y en segundo lugar adjuntar PDF

-En noviembre tuvo lugar una segunda reunión para la puesta en común del trabajo realizado hasta ese momento

-De septiembre 2019 a enero 2020: Ana Moncada ha realizado la actualización del aportado de AP de la intranet del Sector 2 con todas los link y documentos priorizados por el grupo de mejora:
Se han creado los epígrafes de Información general, formación, vacunas, estrategias y seguridad del paciente.
Se han actualizado los contenidos en calidad y farmacia
Se ha suprimido el epígrafe documentos

-La presentación a los EAP del Sector de la información finalmente disponible en el apartado de AP de la intranet está prevista realizarse incluyéndola en uno de los temas a tratar en la reunión de la Dirección con los EAP en Febrero

Eenro 2020: Reunión final para la evaluación de resultados y conclusiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han actualizado/ creado todas las áreas priorizadas: No obstante, considerado son desarrollada totalmente el apartado de Formación, ya que sólo ha podido incluir de documento de información de las acciones formativas previstas para el 2020, estando pendiente de añadir el calendario de realización debido que se está pendiente de la disponibilidad de financiación.
Por lo tanto, se ha desarrollado el de 87% de áreas desarrolladas del total de las áreas priorizadas, superando así el estándar marcado de 75%

El % de cursos con información en la apartado de Formación (Título del curso y personal al que va dirigido) del total de cursos previstos en el plan de formación es del 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1424

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

% de equipos a los que se le ha comunicado la mejora en el acceso a la información: Durante estos meses se ha comunicado cuando los profesionales realizaban diferentes consultas al servicio de clientes, al servicio de Farmacia y al Técnico de salud, pero no se ha cuantificado
A la fecha de realización de esta memoria está pendiente de realizar una reunión en Febrero con los equipos en donde se espera presentar al 100% de los EAPs

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora considera que las actividades realizadas han logrado el objetivo principal de revisar y actualizar los contenidos de la intranet de AP, aunque ha quedado pendiente de desarrollar totalmente el apartado de Formación.

Conclusiones:
Consideramos que es necesario seguir actualizando de manera periódica los contenidos y de esta forma se potenciará su consulta y facilitará el trabajo de los profesionales de AP.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1424 ========== ***

Nº de registro: 1424

Título
MEJORA EN EL ACCESO A LA INFORMACION DESTINADA A LOS PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
LAIN MIRANDA ELENA, MONCADA PEREZ ANA PILAR, SANCHEZ SORIA OSCAR, MORO LARA JAVIER, ABRIL ZAERA MARIA PILAR, PINA GADEA MARIA BELEN, GOMEZ JULIAN CRISTINA, AZNAR CARBONELL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

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

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

PROBLEMA
En la intranet del Sector, en el apartado apoyo a la Asistencia hay un subapartado para AP. Éste esta escasamente desarrollado y actualizado. Por otra parte, los profesionales de AP solicitan a menudo información a la Unidad de Clientes, a Farmacia de AP y al Técnico de Salud. Frecuentemente la información requerida esta disponible en la Intranet del Sector, pero la ruta de acceso a la misma se desconoce.
Por todo ello consideramos que el acceso a la información para los profesionales de Atención Primaria disponible en la intranet del Sector II constituye una oportunidad de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general
Facilitar el acceso a la información más frecuentemente requerida por los profesionales de AP mediante la mejora del apartado destinado a AP en la Intranet del Sector II; lo que a su vez repercutirá en una mejora en la atención a los pacientes.
Objetivos específicos
1.Revisar, actualizar documentos y agrupar en el apartado de AP la información que actualmente está dispersa en la Intranet del Sector II mediante links.
2.Inclusión en dicho apartado documentos que actualmente no están disponibles a los profesionales vía intranet (Tras la aprobación por la Dirección de AP)
3.Facilitar el acceso a la información de las acciones formativas para los profesionales de AP previstas para el año 2019.
4.Difusión a los EAP del Sector II de los cambios realizados en la información disponible en el apartado de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1424

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

AP.

MÉTODO
Reunión inicial para priorizar las principales áreas a desarrollar en el apartado de AP y asignación de responsables en cada área priorizada.
Comunicación del proyecto de mejora a la Dirección de AP, y a los EAP del Sector
Búsqueda de la información en la intranet a agrupar en cada área por los responsables correspondientes.
Búsqueda de documentación adicional para incorporar en cada área.
Incorporación de la información, documentación y plan de formación al apartado de AP por parte del Servicio de Informática.
Realización de dos reuniones de seguimiento del proyecto.
Difusión a los EAP del Sector de la información finalmente disponible en el apartado de AP de la intranet.
Reunión final para la evaluación de resultados y conclusiones.

INDICADORES
1.% de áreas desarrollados del total de las áreas priorizadas.
Fórmula: Número de áreas desarrollas/Número de áreas priorizadas x 100
Estándar: 75%
Se considerará área desarrollada aquella que incluya al menos tres enlaces (links y/o documentos nuevos)
2.% de cursos previstos en el plan de formación de AP de nuestro Sector cuya información esté disponible en apartado de AP.
Fórmula: Número de cursos con información disponible en el apartado de AP/Número de cursos previstos en el plan de Formación
Estándar: 75%
Dada la fecha de comienzo del proyecto solo se tendrán en cuenta para la evaluación las acciones formativas previstas desde junio hasta final de 2019.
3.% de EAP a los que se ha comunicado la mejora en el acceso a la información.
Fórmula: Número de EAP a los que se ha comunicado las mejora en el acceso a la información /Número de EAP en el Sector.
Estándar: 100%

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio: mayo 2019
Fecha prevista de finalización: enero 2020
Reunión inicial de los participantes del proyecto de mejora para priorizar las principales áreas a desarrollar en el apartado de AP y asignación de responsables en cada área priorizada: mayo 2019
Comunicación del proyecto de mejora a DAP, y a los EAP del Sector: mayo 2019
Búsqueda de la información en la intranet a agrupar en cada área priorizada por los responsables correspondientes: junio-noviembre 2019
Búsqueda de documentación adicional para incorporar en cada área: junio-noviembre
Incorporación de la información, documentación y plan de formación al apartado de AP por parte del Servicio de Informática: junio-diciembre 2019
Primera reunión de seguimiento: septiembre 2019
Segunda reunión de seguimiento: noviembre 2019
Difusión a los EAP del Sector de la información finalmente disponible en el apartado de AP de la intranet: diciembre 2019
Reunión final para la evaluación de resultados y las conclusiones. 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 - 2019/0654

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE MANUAL DE URGENCIAS DOMICILIARIAS EN EL PACIENTE PALIATIVO PARA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR II

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SERGIO F ANDREU GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... ESAD ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO MATEO ROBERTO
SANZ RECIO JOSE LUIS
LOPEZ LANGA MONTSERRAT
LAUROBA ALAGON MARIA PILAR
MIGUELEZ FERNANDEZ ROSA
LAPUERTA ALCAZAR CARMEN
VERDU GARCIA MAYTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para la elaboración de este manual se formó un grupo de trabajo no permanente que incluyó a personal sanitario de cuidados paliativos ESAD y a Médicos y Enfermeras Residentes de Familia y Comunitaria aprovechando su rotación por nuestro servicio.
Para la elección de los protocolos a redactar se contactó con personal del 061 Aragón para conocer cuáles eran los motivos de demanda urgente más frecuente en el paciente paliativo o las situaciones que más les preocupaba atender en el medio urbano.
Del mismo modo y con el mismo objetivo se contactó con personal Sanitario de Atención Continuada para conocer esa misma demanda en el medio rural.
Se quiso conocer también cual era la opinión sobre esta demanda de los Técnicos de Transporte Sanitario, ya que, aunque el enfoque del manual es claramente para personal sanitario de atención primaria, la atención urgente es realizada muchas veces por estos profesionales en unidades de Soporte Vital Básico siendo responsables del cuidado durante el traslado al hospital.
Todos Los contactos se realizaron durante la primera mitad del segundo trimestre del año con intención de tener una idea clara sobre la que trabajar con los residentes, cuya misión fue la de revisores del manual.
De igual manera, para conseguir el punto de vista de la atención especializada se han aprovechado las reuniones periódicas que el ESAD mantiene con oncología y la rotación de residentes de medicina interna para solicitar su revisión, ya que estos dos servicios son los que habitualmente derivan el mayor número de pacientes al ESAD.
Decidimos que el formato sería el de árbol de decisiones o algoritmos para que su uso fuera más rápido e intuitivo.
Tras estos contactos y con la información recibida decidimos realizar los siguientes algoritmos:

- Recomendaciones ante un paciente con crisis de dolor
- Recomendaciones ante un paciente con crisis de Disnea
- Compresión medular
- Agitación /delirium hiperactivo
- Hipercalcemia
- Náuseas / vómitos
- Obstrucción intestinal
- Síndrome de la vena cava superior
- Claudicación familiar como urgencia
- Agonía

Para su divulgación se ha solicitado asistir al próximo consejo de gestión de área donde se presentará a todos los coordinadores médicos y de enfermería.
El documento creado será compartido tras su valoración favorable por parte de la dirección. La notificación para su descarga se comunicará a los centros de salud a través de correo institucional

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto estaba pensado para ser desarrollado en dos años, sin embargo, debido a la organización del equipo hemos considerado más apropiado cerrar este año el proyecto. Con respecto a los indicadores que planteamos:
? Crear un Grupo de Trabajo con profesionales de Medicina y Enfermería, de Equipos de Cuidados Paliativos y de Atención Primaria. (Indicador cualitativo: sí/no) Hemos conseguido el objetivo al incorporar a los residentes de medicina y enfermería familiar y comunitaria y mantener reuniones de equipo con la periodicidad planteada
? Disponer de una red de contactos en Atención Especializada, al menos con aquellos cuyos pacientes son más susceptibles de ingresar en Programas de Cuidados Paliativos. (Indicador cualitativo: sí/no). Hemos conseguido el objetivo contando en estos momentos contacto estrecho con Oncología, Medicina Interna y Neumología.
? Consensuar los síntomas / Demandas de Asistencia Urgente que precisan de una mayor formación enfocada hacia los profesionales de Atención Primaria (Indicador cualitativo: sí/no). Hemos conseguido el objetivo ya que la elección de los síntomas/situaciones urgentes que hemos reflejado en los algoritmos ha sido fruto del contacto no formal con personal del 061 Aragón, Transporte sanitario y Atención Continuada Rural
? Redactar los protocolos de identificación y respuesta ante los síntomas que se consideren de mayor prioridad que serán al menos tres durante el año 2019. A este respecto, planteamos el proyecto con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0654

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE MANUAL DE URGENCIAS DOMICILIARIAS EN EL PACIENTE PALIATIVO PARA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR II

continuidad para el año 2020 pero como ya hemos nombrado anteriormente, por circunstancias relacionadas con nuestro equipo hemos decido cerrar el proyecto este año. De esta manera hemos desarrollado los diez algoritmos que más interés suscitaban entre los profesionales consultados consiguiendo el objetivo marcado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda abierta la posibilidad, ya fuera del acuerdo de gestión clínica, la ampliación de algoritmos de síntomas / situaciones urgentes en otros que si bien fueron nombrados no consideramos prioritarios para la redacción del proyecto tal como lo habíamos concebido para el acuerdo de gestión 2019.
A raíz de la elaboración de esto protocolos, así como de la participación de nuestro ESAD en programas de formación oficiales del SALUD en esta materia donde se ha recogido el interés en la perspectiva urgente de los cuidados paliativos, hemos hecho una propuesta de creación de un grupo de trabajo conjunto con la delegación autonómica de Aragón de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/654 ========== ***

Nº de registro: 0654

Título
ELABORACION DE MANUAL DE URGENCIAS DOMICILIARIAS EN EL PACIENTE PALIATIVO PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR II

Autores:
ANDREU GRACIA SERGIO F, MORENO MATEO ROBERTO, CELIMENDIZ FERRANDEZ IRENE, SANZ RECIO JOSE LUIS, LAUROBA ALAGON MARIA PILAR, MIGUELEZ FERNANDEZ ROSA, LAPUERTA ALCAZAR CARMEN, VERDU GARCIA MAYTE

Centro de Trabajo del Coordinador: ESAD ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente paliativo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En general, los profesionales de Atención Primaria (médicos y Enfermeras, fundamentalmente) reconocen que existe una cierta falta de formación en Cuidados Paliativos.
Este déficit es más notable en cuanto a las Urgencias Domiciliarias en pacientes en Situación Terminal y Paciente Crónico Complejo avanzado
Los cursos de Cuidados Paliativos desarrollados en nuestro sector cuentan siempre con capítulos destinados a las Urgencias a Domicilios, pero creemos que sería útil elaborar un manual que incluyese protocolos de identificación y actitud a tomar ante los distintos síntomas, signos, demandas de atención, etc, a los que se enfrentan médicos y enfermeras en la asistencia domiciliaria a este tipo de pacientes.
Este manual, que será publicado en INTRANET, debería ser de fácil acceso o consulta para los profesionales, gráficamente agradable (algoritmos, diagramas) e, incluso, con posibilidad de ser impresa y plastificada para la portabilidad en los maletines.
Si el proyecto tiene éxito, esperamos mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes en Situación Terminal y Paciente Crónico Complejo avanzado, mediante una mayor eficacia de las intervenciones de los profesionales de Atención Domiciliaria; también creemos que resultará una mayor adecuación de las derivaciones a Urgencias, Atención Especializada, y más satisfacción personal de los profesionales de Atención Primaria con su respuesta a los avisos urgentes de estos enfermos

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0654

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE MANUAL DE URGENCIAS DOMICILIARIAS EN EL PACIENTE PALIATIVO PARA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR II

Principal:
- Realizar un manual, en forma de Protocolos, para que los profesionales de Atención Primaria puedan identificar y tratar, de la forma más adecuada posible, los síntomas y situaciones que se presentan en los pacientes en Situación Terminal y Paciente Crónico Complejo avanzado.

Específicos:
- Identificar los motivos de Demanda de Asistencia Urgente, de los pacientes en Situación Terminal y Paciente Crónico Complejo avanzado, más frecuentes y más problemáticos para los profesionales de Atención Primaria.
- Redactar, para cada uno de los síntomas y situaciones identificadas, un protocolo de actuación claro, sencillo y adecuado a las opciones disponibles en nuestro sector
- Presentar el manual, una vez terminado, a los profesionales de Atención primaria, e implementarlo, con las correcciones pertinentes, para su uso en nuestro sector.

MÉTODO

Para lograr los objetivos marcados, pensamos desarrollar las siguientes acciones:
- Crear un Grupo de Trabajo que incluya profesionales que trabajan habitualmente en Cuidados Paliativos y Atención Primaria, tanto de Medicina como de Enfermería.
- Realizar consultas periódicas con otros profesionales de Atención Primaria (Trabajo Social, TCAE, Administrativos, etc) para detectar “puntos fuertes” y “puntos débiles” en este tipo de Atención Domiciliaria.
- Realizar consultas periódicas con otros niveles asistenciales (Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Neumología, Cardiología, Medicina Interna, Servicios de Urgencia 061, etc) para mejorar la calidad del proyecto

En principio, no esperamos que la realización de este Proyecto suponga una modificación en la Cartera de Servicios.

INDICADORES

Dado que se trata de un proyecto a varios años, los indicadores del segundo año y posteriores (si procede) serán variables según las decisiones tomadas en el Grupo de Trabajo y los resultados del primer año.

a) Crear un Grupo de Trabajo con profesionales de Medicina y Enfermería, de Equipos de Cuidados Paliativos y de Atención Primaria. (Indicador cualitativo: sí/no)

b) Disponer de una red de contactos en Atención Especializada, al menos con aquellos cuyos pacientes son más susceptibles de ingresar en Programas de Cuidados Paliativos. (Indicador cualitativo: sí/no)

c) Consensuar los síntomas / Demandas de Asistencia Urgente que precisan de una mayor formación enfocada hacia los profesionales de Atención Primaria (Indicador cualitativo: sí/no)

d) Redactar los protocolos de identificación y respuesta ante los síntomas que se consideren de mayor prioridad que serán al menos tres durante el año 2019

DURACIÓN

El proyecto se realizará durante los años 2019 y 2020.

Cronograma previsto:
-Reunión con representantes de Atención Primaria (médico y enfemera) antes de mayo de 2019 y luego comunicación vía mail y reuniones en persona cuando se considere necesario por algunas de las partes.
-Reunión de equipo elaborador del programa de calidad en abril de 2019 y posteriormente mensual a partir de la fecha de la primera reunión.
-Presentación de borradores en septiembre 2019 .
-Redacción final de los textos octubre-noviembre 2019.
-A concretar cronograma para el año 2020 en función de la disponibilidad de los participantes.

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 - 2019/0623

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE CELIACO EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA MARTINEZ SANTOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BADIA MARTINEZ MARIA
FERNANDEZ DE LUCO LARUMBE PILAR
SILVA GONZALEZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En mayo de 2019 según el calendario marcado, se presentó el proyecto de calidad a los miembros del equipo y se les proporcionó la "Guía Útil para los pacientes celiacos del Hospital General de la Defensa de Zaragoza" (HGDZ). En la Guía elaborada se incluía información de interés sobre el gluten, alimentos en los que se encuentra este y en los que no, cómo evitar la contaminación cruzada, simbología de alimentos libres de gluten, legislación y teléfonos de interés.
Del mismo modo los jueves de 8.30 a 9.00 horas se destinó un tiempo para realizar una consulta de enfermería especializada para proporcionar Educación Sanitaria al paciente celiaco, de forma que estos pacientes adquieran toda la información necesaria para poder poner en marcha la Dieta Sin Gluten (DSG), único tratamiento de su patología con total seguridad. En esta consulta, la enfermera proporciona las herramientas necesarias y habilidades para conseguir la adhesión a la DSG y responderá a las dudas o temores que estos pacientes puedan tener.
En el proyecto participan: personal de enfermería experto (2) y médicos especialistas en aparato digestivo (2) del Hospital General de la Defensa de Zaragoza.
Los profesionales de medicina son los encargados de identificar a los pacientes que puedan beneficiarse de la Educación Sanitaria aportada por el servicio de Digestivo del Hospital Militar de Zaragoza, ofreciéndoles el poder acudir a la Consulta de Enfermería de Celiaquía. Si el paciente accede, se concierta una cita y si el paciente no puede o no quiere, se le proporciona la Guía Útil para los Pacientes Celiacos del HGDZ.
Los criterios de inclusión de los pacientes que pueden beneficiarse del servicio de esta consulta son: Pacientes celiacos recién diagnosticados según los criterios de Oslo (sintomatología, criterios analíticos y anatomopatológicos) y/o pacientes celíacos ya diagnosticados, los cuales no mejoran sus valores analíticos o su sintomatología.
De la misma forma se inició la elaboración de una base de datos de los pacientes celiacos en el HGDZ, en la que se recogen, además de datos sociosanitarios, los marcadores y niveles de hierro, hemoglobina y vitamina B12 antes y después de acudir a la consulta de enfermería. Del mismo modo les pedimos que valoren de 0 a 10, la satisfacción con los conocimientos proporcionados en esta consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el momento se han identificados 18 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Solo 3 han rehusado acudir a la consulta, cuyos motivos han sido laborales. Han acudido a la consulta 15 pacientes, con una media de edad de 39,28 años. Han sido 13 mujeres y 2 hombres.
Los principales problemas identificados han sido la falta de conocimientos sobre cómo realizar la DSG de manera correcta y miedo a la contaminación cruzada.
14 de los 15 pacientes que acudieron a la consulta mejoraron su sintomatología y los niveles de hierro, hemoglobina y vitamina B12, en 6 pacientes seropositivos se negativizaron los anticuerpos tras la consulta de enfermería, objetivados en la siguiente visita de revisión con el especialista de Aparato Digestivo del HGDZ.
Todos los pacientes manifestaron la satisfacción con los conocimientos adquiridos en la consulta de enfermería con una puntuación de la misma por encima de 8 en todos los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración general hasta el momento, demuestra que el tener una consulta de enfermería donde se preste Educación Sanitaria a los pacientes Celiacos, mejora la sintomatología y los valores analíticos y nutricionales de estos pacientes; del mismo modo que se les aportan las herramientas necesarias para afrontar sin temor la DSG, como único tratamiento de su enfermedad, mejorando la adherencia a la dieta.

Con todo esto concluimos se mejora la atención socio-sanitaria a los pacientes celiacos que acuden a la consulta de Digestivo del HGDZ.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1125

1. TÍTULO

INDICACIÓN DE SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIEGSTIVA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA CAMO MONTERDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AURED DE LA SERNA MARIA ISABEL
HARB SAID YAMAL
CLAVERIA CLAVERIA GRAZIELA
VIÑUALES CHUECA BEATRIZ
CUDINACH SAMPIETRO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos realizado un registro de las complicaciones presentadas en los pacientes bajo sedación por digestivo.
Hemos realizado un registro de las complicaciones presentadas en los pacientes bajo sedación por anestesia
Hemos validado un formulario conjunto con el servicio de anestesia con las indicaciones para sedación por un servicio y otro

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tasa de pacientes sedados por parte del servicio de digestivo: 87%.
Tasa de pacientes sedados por parte del servicio de anestesia: 12%
(porcentaje restante, pacientes no sedados)
Tasa de pacientes mal derivados a sedación por el servicio de aparato digestivo: 38%
Tasa de complicaciones relacionadas con la sedación en pacientes que no cumplen los criterios necesarios para la sedación por parte de digestivo: 12%

Los datos recogidos indican que hay una tasa realmente alta de pacientes mal derivados para sedación por parte de digestivo cuando tienen indicación de sedación por parte de anestesia; si bien la tasa de complicaciones presentadas por estos es baja.
Por los motivos indicados en observaciones no se ha podido valorar completamente el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesario una mejor integración y comunicación con los médicos de atención primaria y especialistas de área para una mejor indicación de la sedación en endoscopia digestiva.
Queda pendiente la valoración de la reducción en la tasa de complicaciones tras la difusión del cuestionario con las indicaciones de sedación que por motivos laborales que expongo en el punto 8 no he podido llevar a cabo.
Dado que la sedación en endoscopia digestiva es algo que se lleva a cabo en todos los hospitales de Aragón, tanto el formulario como las indicaciones pueden aplicarse en todos los hospitales, centros de salud y diferentes áreas asistenciales.

7. OBSERVACIONES.
Desafortunadamente cambié de lugar de trabajo al inicio del proyecto de investigación, lo inicié y puse en marcha en el hospital de Barbastro y antes de acabar el calendario previsto en el primer semestre, cambié de contrato al hospital General de la Defensa de Zaragoza

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1125 ========== ***

Nº de registro: 1125

Título
INDICACION DE SEDACION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Autores:
CAMO MONTERDE PATRICIA, AURED DE LA SERNA MARIA ISABEL, HARB SAID YAMAL, ARELLANO CARRERA ROCIO, CLAVERIA CLAVERIA GRAZIELLA, VIÑUALES CHUECA BEATRIZ, CUDINACHS SAMPIETRO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1125

1. TÍTULO

INDICACIÓN DE SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIEGSTIVA

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Actualmente las exploraciones endoscópicas que llevamos a cabo en el servicio de digestivo se realizan bajo sedación moderada o profunda con propofol que en este caso puede ser administrado por los facultativos de aparato digestivo o bien por el servicio de anestesia si el paciente no cumple una serie de criterios médicos.
Esta sedación comporta una serie de riesgos para el paciente entre los que se encuentran la depresión respiratoria, broncoaspiración o parada respiratoria, potencialmente mortales, por lo que es necesario una correcta valoración de las características físicas del paciente y de sus comorbilidades.

En el momento actual, recibimos solicitudes desde atención primaria y especializada, tanto de manera ambulatoria como de pacientes ingresados, donde no se valoran correctamente dichas comorbilidades, lo que conlleva que se cite al paciente para sedación por parte de digestivo sin tener en cuenta las indicaciones de sedación por anestesia, lo cual provoca un aumento de los riesgos de la sedación y una demora en la lista de espera de endoscopia puesto que estos casos en los que no cumplen los criterios no se puede llevar a cabo la exploración y es necesario reubicar al paciente en otro día.

Con este proyecto, pretendemos validar un formulario para ofrecer una herramienta rápida y sencilla para realizar una correcta valoración del paciente y derivarlo al servicio de anestesia o digestivo en función de sus indicaciones de sedación.

RESULTADOS ESPERADOS
Principalmente buscamos desarrollar y validar un formulario donde se expliquen las indicaciones absolutas para una sedación bajo control por parte del anestesista, que comporte la participación del servicio de anestesia y digestivo del hospital de Barbastro.

Con este protocolo buscamos mejorar la atención al paciente durante dichos procedimientos bajo las máximas condiciones de seguridad y optimizando los recursos del hospital y la calidad de las exploraciones teniendo en cuenta una serie de objetivos que serían:

-Validar un formulario conjunto con el servicio de anestesia para una correcta valoración de las indicaciones de sedación.
-Disminuir la proporción de pacientes mal indicados para sedación al servicio de aparato digestivo.
-Disminuir las complicaciones en endoscopia digestiva relacionadas con la sedación.
-Facilitar desde atención primaria y especializada el acceso a las consultas de anestesia para su valoración.
-Optimización de los recursos en sedación endoscópica.
-Optimización del uso de los quirófanos para realización de exploraciones endoscópicas.

MÉTODO
-Realización de un formulario y validarlo conjuntamente con el servicio de anestesia y reanimación con las indicaciones para sedación por parte de dicho servicio.
-Facilitar el acceso mediante intranet al formulario para atención primaria y especializada, tanto de manera ambulatoria como en hospitalización.
-Acceso fácil a la consulta por parte del servicio de anestesia y reanimación.
-Acceso fácil y rápido con el servicio de digestivo en caso de duda.

INDICADORES
% pacientes sedados por parte del servicio aparato digestivo.
% de pacientes sedados por parte del servicio de anestesia
% pacientes mal derivados a sedación por el servicio de aparato digestivo
% de complicaciones relacionadas con la sedación en pacientes que no cumplen los criterios necesarios para sedación por parte de digestivo. (primer semestre)
% de reducción de complicaciones relacionadas con la sedación en el total de las exploraciones endoscópicas (segundo semestre)

DURACIÓN
Primer semestre de 2019:
-Diseño y validación del formulario con las indicaciones de sedación junto con el servicio de anestesia y reanimación.
-Facilitar el acceso al formulario desde intranet.
-Comunicación a atención primaria y especializada del formulario y su uso.

Segundo semestre 2019:
-Puesta en marcha del proyecto y valoración de los indicadores.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1125

1. TÍTULO

INDICACIÓN DE SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIEGSTIVA

```
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 - 2019/0437

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO PEDIATRICO EN CMA

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN
CHUECA MATA JULIA
GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL
CASTILLO AZNAR JESUS
DELSO GIL ELENA
BRAGAGNINI ROGRIGUEZ PAOLO
GUALLAR LARPA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Redacción de los protocolos analgésicos: Se concluyen y envían en enero de 2020
Aprobación de los protocolos: pendiente.
Implantación de los protocolos: Ya implantados por el consenso en su redacción
Análisis de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aunque no se han aprobado, al no desviarse de su aplicación clínica habitual, se ha podido evaluar los resultados, obteniendo menos de un 2% de ingresos por dolor tras CMA y unas pautas de analgesia escrita en el informe al alta > de 95% como se estipulaba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Los servicios quirúrgicos del HI hantenido espíritu de colaboración en este tema.
-Los tiempos para su desarrollo se han desplazado por circunstancias políticas (elecciones) y de salud en los cargos intermedios (bajas). Ambas circunstancias son incontrolables y dificultan el cumplimiento de los plazos, pero se han podido remediar por la voluntad del equipo.

7. OBSERVACIONES.
Habiendo habido quorum en su redacción, y obteniendo una evaluación adecuada de los resultados de su aplicación, podemos dar por concluído el proyecto, salvo que no se apruebe por la Comisión de Tecnología. En tal caso se informará a nuestra Unidad de Calidad Asistencial

*** ========== Resumen del proyecto 2019/437 ========== ***

Nº de registro: 0437

Título
PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO PEDIATRICO EN CMA

Autores:
SANCHEZ ANDRES ARMANDO, RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN, CHUECA MATA JULIA, GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL, CASTILLO AZNAR JESUS, DELSO GIL ELENA, BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO, GUALLAR LARPA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor postoperatorio en CMA pediátrica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El control adecuado del dolor postoperatorio es un punto clave para los criterios de alta de la CMA pediátrica. De no conseguirse, puede ser preciso ingresar en el hospital al paciente para el control del dolor. Esto supone un fracaso del circuito de CMA, que se traduce en mayor alteración de la rutina familiar y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0437

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO PEDIATRICO EN CMA

en un aumento de los costes del proceso.
La protocolización de la analgesia postoperatoria para CMA disminuye la variabilidad asociada a la práctica clínica, optimizando los resultados clínicos y el uso de los recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Disminuir la variabilidad asociada a la práctica clínica.
-Estandarizar el tratamiento del dolor postoperatorio pediátrico en CMA, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Anestesiología Pediátrica.

MÉTODO
-Crear un grupo de trabajo formado por las secciones/unidades del H. Infantil implicadas: Anestesiología y Servicios quirúrgicos (Cirugía Pediátrica, ORL, COMF y COT).
-Unificar los criterios de analgesia postoperatoria para CMA pediátrica.
-Redacción e implementación de los protocolos de analgesia para la CMA realizada.

INDICADORES
-Porcentaje de pacientes con mal control del dolor postoperatorio en CMA (EVA o escala equivalente = 2).
Se analizará la evolución en 50 pacientes antes de los según su intervención y otros 50 pacientes comparables después de las modificaciones realizadas.

DURACIÓN
Se estima una duración de 12 meses.
-Marzo-abril de 2019: Redacción de los protocolos analgésicos.
-Mayo-junio de 2019: Aprobación de los protocolos.
-Septiembre-octubre de 2019: Implantación de los protocolos.
-Enero-febrero de 2020: Análisis de los 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 - 2019/0526

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 22/12/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FAÑANAS MASTRAL JAVIER
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION
REZUSTA LOPEZ ANTONIO
GUTIERREZ IBAÑES PABLO
BELLIDO MORALES JAVIER ANDRE
MANCEBON SIERRA FRANCISCO JAVIER
JIMENEZ BEA LIRIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Redacción de las instrucciones para la correcta realización de las pruebas de detección preoperatorias.
- Coordinación con el resto de centros hospitalarios para realizar las pruebas de forma ambulatoria en todos los sectores sanitarios de Aragón.
- Revisión y actualización de descolonización, aislamiento y profilaxis antibiótica.
- Introducción de la prueba PCR (reacción en cadena de la polimerasa) para la deteción rápida de Staphylococcus aureus resistente a meticilina en el H.U. Miguel Servet, para realizarla en los pacientes que ingresan en el hospital de forma urgente.
- Realización de folleto informativo para el paciente.
- Implantación de todas las medidas y difusión de la información al resto de profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la primera evaluación se observaron unos indicadores no adecuados al objetivo:
- Realización prueba del cribado antes de la intervención: 90%
- Obtención de resultados del cribado antes de la intervención: 60%
- Adecuación de la profilaxis antibiótica: 60%

Los problemas detectados fueron los siguientes:
- No se estaba solicitando la prueba rápida (PCR SARM) en los pacientes con ingreso urgente para poder tener todos los resultados antes de la intervención.
- El algunos pacientes con ingreso programado no daba tiempo a obtener el resultado del cultivo epidemiológico antes de llevarse a cabo la intervención quirúrgica. Principalmente debido a la falta de tiempo entre la realización de la toma de la muestra y la realización de la intervención.
- En algunos pacientes, la pauta antibiótica reflejada en las órdenes de tratamiento no se ajusta a la profilaxis antibiótica correspondiente, sobre todo en aquellos pacientes en los que no está disponible el resultado de la prueba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para conseguir los objetivos propuestos se propones dos actividades:
- Insistir en la realización de la prueba rápida (PCR SARM) en aquellos pacientes que se intervienen durante un ingreso urgente. Se comenta con el Servicio de Cirugía Cardiovascular, que son los responsables de realizar la solicitud.
- Valorar la realización de la prueba rápica (PCR SARM) en aquellos pacientes de ingreso programado en los que no hay suficiente tiempo para obtener los resultados del cultivo. Se han rezalizado reuniones con responsables de los Servicios de Microbiología de diversos centros hospitalarios. Para solventar el problema en este grupo de pacientes se da decido realizar la prueba rápida (PCR SARM) de forma ambulatoria en los hospitales Miguel Servet, Obispo Polanco de Teruel y Alcañiz. Hay programadas reuniones con responsables de los Servicios de Microbiología del resto de centros hospitalarios durante los meses de enero y febrero. Se espera poder realizar también de forma ambulatoria la prueba rápida (PCR SARM) en el resto de centros.

7. OBSERVACIONES.
Se espera poder alcanzar los objetivos y finalizar el proyecto durante los meses de marzo y abril.

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

Nº de registro: 0526

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

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

1. TÍTULO

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INDICADORES
- Realización prueba del cribado antes de la intervención.
Porcentaje de pacientes con prueba de cribado solicitada en los 7 días previos a la intervención quirúrgica. Estándar: 85%.
- Obtención de resultados del cribado antes de la intervención.
Porcentaje de pacientes con resultado de prueba de cribado disponible antes de la intervención quirúrgica. Estándar: 75%.
- Adecuación de la profilaxis antibiótica
Porcentaje de pacientes en los que se realiza profilaxis adecuada al protocolo. Estándar: 95%.
- Fuente de datos: historia clínica de los pacientes.

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

1. TÍTULO

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

DURACIÓN
- Reuniones, análisis de situación, evaluación de los medios disponibles, evaluación de las medidas a aplicar y elaboración de protocolo. 1-3 meses.
- Aplicación del protocolo. Información y comunicación a todos los profesionales implicados. Evaluación de su funcionamiento. Medidas correctoras. 2-4 meses.
- Obtención de indicadores y evaluación. 6-12 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 21/12/2019

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
VER MEMORIA ENVIADA
Diseño de mapa de Procesos, Procedimiento de Evaluación Preanestésica y Procedimiento Intraoperatorio, elaboración de toda la documentación correspondiente a las Instrucciones Técnicas de dichos Procedimientos. Implantación desde septiembre de 2019, con implicación del servicio de informática para disponer de Listado documental en Intranet del Hospital. En colaboración con la UCA para diseño del Proyecto así como para Implantación del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
VER MEMORIA ENVIADA ANTERIOR

Se consigue aceptación para entrar en auditorías internas de febrero de 2020.
Mejoría de resultados con los cambios llevados a cabo, tras acciones correctivas, en la consulta de evaluación preanestésica.
Implicación de todos los equipos con integración de todo el personal y cambios en la actividad diaria para facilitar el trabajo.

A continuación aporto recogida inicial de Indicadores.

Nº de pacientes a los que falta alguna prueba necesaria para Evaluación Preanestésica / Nº pacientes que acuden a la consulta de Anestesia Cardiotorácica X 100. 105/388 = 27,06%. Estándar deseado <5%. ACCIONES CORRECTIVAS.

Nº de pacientes a los que se realiza la Evaluación Preanestésica según Ficha procedimiento Evaluación Preoperatoria / Nº pacientes que acuden a la consulta de Anestesia Cardiotorácica X 100. 388/388X100 = 100%. Estándar 100%. Correcta implantación del Procedimiento de Evaluación Preanestésica. No se continuará recogiendo este indicador.

Nº Check-list Prequirúrgico rellenado / Nº pacientes que van a quirófano de la Unidad de Anestesia Cardiotorácica X100. Datos no recogidos. Tras encuesta con Enfermería de la Acogida, personal que comprueba la existencia y cumplimentación del Check List, no se considera eficiente confirmación de la existencia del mismo, tan sólo cumplimentación de Incidencia en caso de ausencia en Listado de Incidencias F-6_Z2. Revisión: B.

Nº especialistas que conocen el Procedimiento de Evaluación Preanestésica / Nº especialistas de la Unidad. Estándar 100%. ENCUESTA GOOGLE FORM. Resultado

Nº personal enfermería que conoce la implantación de la Norma ISO / Nº personal enfermería de implicado con la Unidad de Anestesia Cardiotorácica. Estándar > 95%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el momento actual en proceso de diseñar la última parte del Procedimiento en colaboración con las Supervisiones de enfermería. Proyecto con implicación de personal con poca movilidad lo que nos permite valorarlo como sostenible.
Pendientes de finalización de Fichas de Capacitación, Matriz de Riesgos, DAFO y objetivos para 2020.

7. OBSERVACIONES.
SE HA ENVIADO SIN TERMINAR DE COMPLETAR LA MEMORIA ANTERIOR, ESTA COMPLEMENTA LA ANTERIOR.

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

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

1. TÍTULO

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

***

Nº de registro: 0531

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que son anestesiados por la Unidad de Anestesia Cardiotorácica.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

correspondientes
creados por la Unidad, Encuestas asociadas.

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

Fecha Inicio: Septiembre 2018

Fecha Finalización Fichas Procedimientos e Instrucciones Técnicas: Septiembre 2019

Fecha Implantación Documentación: comienzo desde febrero 2019

Auditoría interna: Febrero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
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 - 2019/0568

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN ANESTESIA GINECO-OBSTÉTRICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROVIRA FLORES EVA MARIA
PEÑA DE BUEN NATALIA
CASADO MEDONIO ANA ISABEL
BONED NAVARRO JAVIER
RAMOS MORENO GONZALO
MARTIN ARNAL MARIA JESUS
BORQUE MARTIN JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HA REALIZADO UNA BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA PARA ACTUALIZAR LOS CRITERIOS PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA VALORACION PREANESTESICA
SE HA REALIZADO UNA PUESTA EN COMUN EN NUESTRA UNIDAD (ANESTESIA DEL HOSPITAL MATERNAL) PARA ADAPTAR ESTOS CRITERIOS A LAS PECULIARIDADES DE NUESTRA PRACTICA DIARIA
SE HA REDACTADO UN PROTOCOLO PARA LIMITAR LA SOLICITUD DE DICHAS PRUEBAS A LOS PACIENTES QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS PERTINENES SEGUN LA EVIDENCIA DISPONIBLE EN ESTE MOMENTO (EL PROTOCOLO ESTA PENDIENTE DE REMITIR A LA UCA PARA SU VALIDACION)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
QUEDA PENDIENTE LA PUESTA EN COMUN CON EL SERVICIO DE GINECOLOGIA, PUESTO QUE SON ELLOS LOS QUE SOLICITAN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE CARA A LA VALORACIÓN PREANESTÉSICA.
CON LA EVIDENCIA DISPONIBLE, ESTAMOS CONVENCIDOS DE QUE SE PUEDE DISMINUIR EN GRAN NUMERO LAS PRUEBAS SOLICITADAS, REDUCIENDO POR LO TANTO LOS COSTES DERIVADOS DE LAS MISMAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE, PONDREMOS EN MARCHA LA FASE DE PRUEBA Y EVALUAREMOS LA EFICACIA DE ESTE PROYECTO EN CUANTO A LA REDUCCIÓN DE LA REALIZACION DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS QUE CONSIDERAMOS NO NECESARIAS EN LA VALORACION PREOPERATORIA DE NUESTRAS PACIENTES.
CONSIDERAMOS QUE ESTE PROYECTO, QUE SE BASA EN RECOMENDACIONES "DO NOT DO", ES SOSTENIBLE TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE DISMINUCION DE COSTES, COMO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION A NUESTRAS PACIENTES

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0568

Título
OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN ANESTESIA GINECO-OBSTETRICA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA

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

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN ANESTESIA GINECO-OBSTÉTRICA

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

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

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

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

* Revisión de la bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia

* Elaboración de nuevos protocolos de valoración preoperatoria

* Reunión con los servicios quirúrgicos implicados (ginecología, obstetricia, FIV) para conseguir su colaboración en la solicitud de las pruebas

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

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

* Suspensión de pacientes por falta de pruebas correctamente solicitadas

DURACIÓN
* Revisión bibliográfica: 3 meses

* Elaboración del nuevo protocolo: 3 meses

* Puesta en común con los servicios quirúrgicos implicados

* Periodo de prueba: 6 meses

* Evaluación de resultados, revisión y corrección de errore

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 - 2019/0603

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Fecha de entrada: 27/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROVIRA FLORES EVA MARIA
TARANCON ROMERO MARIA ELENA
CASADO MERODIO ANA ISABEL
BORQUE MARTIN JOSE LUIS
RAMOS MORENO GONZALO
BONED NAVARRO JAVIER
MARTIN ARNAL MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado las siguientes actividades:
- Creación de una guía, conjuntamente con el Servicio de Hematología, para la administración de hierro según resultados de la analítica.
- Coordinación con el Hospital de Día para llevar a cabo el tratamiento con hierro y confección de un documento de tratamiento con las dosis y los números de contacto en caso de incidencia.
- Elaboración de un consentimiento informado para la administración de hierro intravenoso que actualmente no existía en nuestro centro.
- Creación de un archivo de Excel compartido sincronizado en las diferentes consultas de Ginecología y Anestesiología para introducir los datos correspondientes de las pacientes que cumplen los criterios de inclusión.
- Gestión de una nueva consulta de anemias por parte de la unidad para llevar a cabo la cita con las pacientes, información sobre el tratamiento y entrega de documentos.
- Realización de varias sesiones para la exposición del proyecto con las diferentes unidades implicadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La fase pre-implantación se ha realizado con éxito al haberse elaborado todas las actividades previstas: elaboración de documentos, sesiones conjuntas con las unidades implicadas para la coordinación del proyecto y creación de una nueva consulta.
En relación a la primera fase de implantación, han surgido dificultades técnicas en relación a la introducción de datos por la disposición de las consultas (falta de accesibilidad al ordenador). Se está intentando resolver las mismas y por ello, el inicio de esta fase se ha retrasado. En cualquier caso, se ha comenzado con la optimización de algunas pacientes para detectar posibles dificultades en una fase posterior, no habiendo observado otras incidencias. Por tanto, los componentes del equipo de mejora continuaremos con el proyecto durante otro año para poder finalizar el mismo de forma óptima.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La fase inicial de documentación y gestión se ha realizado sin incidencias. Desde el equipo del proyecto, consideramos que la coordinación con las diferentes unidades implicadas ha sido adecuada. En la fase posterior han surgido dificultades (expuestas en el punto anterior) lo que ha retrasado el inicio de la optimización. Estos aspectos se están intentando solucionar actualmente valorando cambiar la distribución de las consultas para poder tener acceso al ordenador desde la mesa de trabajo. Este cambio, junto con una nueva sesión de recuerdo a los servicios implicados, creemos que puede mejorar la implantación del proyecto. Por tanto, queda pendiente la solución de los problemas técnicos para la introducción de los datos y así poder incluir a todas las pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0603

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

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

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

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA

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

Tras la finalización del proyecto, se valorará:
- La penetrancia (porcentaje de pacientes con estudio de la anemia y metabolismo del hierro)
- El porcentaje de pacientes con anemia ferropénica
- El porcentaje de pacientes con anemia ferropénica tratados con hierro intravenoso

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0761

1. TÍTULO

CODIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DEL DOLOR Y DE LAS TECNICAS INTERVENCIONISTAS REALIZADAS

Fecha de entrada: 27/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO
GIRON MOMBIELA JOSE ANTONIO
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER
MORENO GOMEZ BLANCA
GARCES SAN JOSE ANA CRISTINA
LAZARO MARTINEZ FRANCISCO JAVIER
SIENES RIBES OSCAR RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Codificación de patologías, se tenía que realizar antes del 30/12/19 ya está realizada.
Codificación de los procedimientos, se tenia que realizar antes del 30/12/19 yaestá realizado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos de este año que eral la codificación de procesos y procedimientos se ha alcanzado al 100 %.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Quedan pendientes los objetivos de 2020 que son empezar a introducir las codificaciones de patología en la historia clínica y las de procedimientos en el protocolo de actividad quirúrgica.

7. OBSERVACIONES.
Para los procedimientos quirúrgicos se utilizará la codificación de la Sociedad Americana del Dolor al no encontrarse una codificación más precisa en la codificación ICD 10

*** ========== Resumen del proyecto 2019/761 ========== ***

Nº de registro: 0761

Título
CODIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DEL DOLOR Y DE LAS TECNICAS INTERVENCIONISTAS REALIZADAS

Autores:
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO, GIRON MOMBIELA JOSEA ANTONIO, LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER, MORENO GOMEZ BLANCA, GARCES SAN JOSE ANA CRISTINA, LAZARO MARTINEZ FRANCISCO JAVIER, SIENES RIBES OSCAR RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor crónico
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El correcto manejo del dolor está llamado a convertirse en un objetivo prioritario para la gestión de la calidad en los sistemas de salud, debido a la alta incidencia y prevalencia de este problema de salud, y las consiguientes repercusiones en la utilización de recursos sanitarios y calidad de vida de los que lo padecen. Uno de los enfoques necesario para la mejora de la calidad asistencial es el conocimiento de las patologías dolorosas atendidas así como de las medidas terapéuticas empleadas para su tratamiento. En la actualidad no existe en nuestra Unidad del Dolor un sistema de codificación de las patologías atendidas ni de los procedimientos terapeúticos realizados. Esto dificulta el análisis de resultados de las técnicas realizadas y la realización de planes de trabajo en función del impacto de las patologías atendidas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0761

1. TÍTULO

CODIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DEL DOLOR Y DE LAS TECNICAS INTERVENCIONISTAS REALIZADAS

RESULTADOS ESPERADOS
El primer objetivo es codificar en la primera visita y en las sucesivas la causa principal del dolor crónico de nuestros pacientes para saber cuáles son en realidad las patologías más frecuentemente atendidas para poder elaborar guías o protocolos de práctica clínica en las más prevalentes o en las patologías que requieren una atención más urgente (dolor oncológico y dolor neuropático)
El segundo objetivo es una codificación de las técnicas analgésicas intervencionista o de cuarto escalón analgésico realizado en la Unidad con el objetivo de poder realizar un correcto seguimiento de sus indicaciones y sus resultados.
Por tanto son objeto del proyecto todos los pacientes que acuden a la Unidad y una vez detectados los cuadros más prevalentes se deberá evaluar si son factibles pautas de actuación conjunta con Atención Primara u otras especialidades con el objetivo de no demorar el tratamiento precoz del dolor.
También es un objetivo fundamental el seguimiento de las técnicas intervencionistas realizadas para verificar la utilidad de las mismas.

MÉTODO
Se deberá trabajar de manera conjunta con todos los miembros de la Unidad del Dolor para acordar una terminología común a la hora de referirnos a las causas del dolor y sobre las técnicas realizadas. Una vez realizada una primera codificación se revisará con los responsables de archivo y documentación clínica así como con los responsables correspondientes de informática para proporcionar una base de recogida de la información para su posterior explotación, siendo en la actualidad la opción más sencilla el desarrollo de un formulario en el que se puedan registrar las patologías y su tratamiento.

INDICADORES
Los indicadores serán el porcentaje de patologías y técnicas analgésicas codificadas respecto a los pacientes atendidos y técnicas realizadas.

DURACIÓN
El primer año se debe realizar la codificación de las patologías y técnicas intervencionistas dejando definida la manera en que se deben realizar las futuras modificaciones o incorporaciones de nuevas codificaciones (sobre todo en técnicas intervencionistas debido a la rápida aparición de nuevas técnicas en la actualidad) (Abril 2019 a abril 2010)
En el segundo año se procederá al registro y valoración de dichas codificaciones considerándose adecuada en ese año una codificación > 50 % de las patologías atendidas, un registro > 50% de las técnicas realizadas en sala blanca y > 90 % de las realizadas en quirófano.(Abril 2020 a diciembre 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 - 2019/0897

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES CRITICOS

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ..... BORJA RUBIO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUERTOLAS ORTEGA MARIA
LAFUENTE OJEDA NOELIA
RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN
JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI PILAR
OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
RAMOS MORENO GONZALO
VISIEDO SANCHEZ SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha estado trabajando activamente con un grupo de la Comision de Seguridad de Hospital para su implementacion generalizada en todos los ambitos del hospital.
Se ha realizado formacion a las figuras responsables de su gestion, control y respuesta en la diferentes Unidades del Servicio y falta por realizar formacion especifica sobre Seguridad a estos responsables. Todos ellos se han acreditado en el curSo de uso de SiNAPS.
Durante el año 2020, cuando se hayan alcanzado los contenidos minimos de disponibilidad, visibilidad y se hayan aclarado ciertos circuitos que estan pendientes, se prodecera a dar formacion sobre el uso del sistema de Notificacion y sobre Seguridad a todo el personal implicado en la atencion al paciente quirurgico, tanto celadores, como auxiliares, enfermeria y al resto de compañeros del servicio, para asi darle visibilidad al sistema de notificacion de indicentes y su comienzo de uso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha constituido, para su comienzo de funcionamiento en 2020 un grupo de trabajo en Seguridad dentro del Servicio de Anestesia, a falta de darle caracter oficial por vuestra parte. Se ha acordado una periodicidad trimestral de inicio para tratar los temas de Seguridad en quirofano relacionados con Anestesia, incidentes centinela y poder emitir informes y recomendaciones si procede.
Se ha revisado la ubicaion del enlace para el uso del sistema de notificacion, asi como los ciruitos de respuesta y el tablon de recomendaciones dadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha comenzado un aprendizaje en temas de Seguridad y reporte de incidentes criticos dentro del Servicio de Anestesia, con personal implicado, lo que puede redundar en un aumento de la cultura de Seguridad en Anestesia y en el entorno de Quirofano.
Se ha contactado con supervision de enfermeria y tratado de los canales para optimizar la seguridad del paciente.
Creo que esta todo poco desarrollado en la actualidad, pero con un buen apoyo desde la Comision de Seguridad hospitalaria puede ser un exito la implantacion del sistema de notificacion elegido dentro del bloque quirurgico.

7. OBSERVACIONES.
La implatacion de un sistema de notificacion de incidentes criticos es una cosa de vital importancia para la mejora continua de la calidad dentro del ambito quirurgico, pero, tras varios fracasos, creo que es importante ir despacio y tener todos los aspectos principales controlados y contemplados previamente a su implementacion, para intentar que su uso sea lo mas exitoso posible.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/897 ========== ***

Nº de registro: 0897

Título
IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES CRITICOS

Autores:
RUBIO GARCIA BORJA, MORENO GOMEZ BLANCA, LAFUENTE OJEDA NOELIA, JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI PILAR, RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, RAMOS MORENO GONZALO, VISIEDO SANCHEZ SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0897

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES CRITICOS

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos los paciente implicados en algun proceso perioperatorio con anestesia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde la declaracion de Helsinki de 2010 por parte de muchas sociedades de anestesia a nivel mundial se acordaron unos minimos imprescindibles en materia de seguridad clinica, desde el etiquetado correcto de medicacion de acuerdo a una normativa internacional, pasando por la creacion de una hoja de verificacion quirurgica, hasta la puesta en marcha de medidas para la recogida de incidentes, con el objeto de establecer con el tiempo un entorno de seguridad maxima alrededor del paciente.
Hay que ofrecer un entorno de seguridad a los pacientes y aprendizaje a los profesionales y darles mecanismos para poder relatar los problemas que les ocurren en la practica diaria, con el fin de detectar errores latentes del sistema e ir solucionandolos, controlarlos y minimizarlos, para que al paciente le lleguen los menores de ellos y sean lo menos importantes posibles.
Para ello, es necesario contar con un sistema de notificacion de incidentes. Ha de ser facilmente accesible, anonimo y no punitivo, ademas de ofrecer un feedback adecuado y rapido a los implicados, para fomentar la adhesion al sistema.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un sistema de notificacion de incidentes criticos en el perioperatorio de pacientes, tanto para cirugias dentro del bloque quirugico, como para pruebas invasivas y actividades con anestesia fuera de quirofano

MÉTODO
En primer lugar, en acuerdo con la comision de seguridad del hospital, elegir un unico sistema de notificaion que pueda recoger todas las sensibilidades del hospital en materia de seguridad y de recogida de incidentes, para proceder a su implantacion por todo el hospital.
En segundo lugar, informar en diferentes charlas, tantas como sean necesarias, a las diferentes personas implicadas en el proceso de cuidados de los pacientes, tanto para aumentar su cultura en seguridad como para enseñar el sistema escogido y las formas que pueden usarlo para aportar informacion.
Sera imprescindible contar con apoyo de la direccion para su implementacion en todo el hospital, asi como para su difusion.
Habra que habilitar un buzon, web o lugar de referencia para que, de manera anonima, los interesados que hayan reportado algun incidente, o la gente interesada, pueda acceder a los sucesos reportados y a las soluciones implementadas. De manera ocasional, quedando por establecer la cronologia adecuada segun el numero de reportes, habra que dar informacion tratada de manera descriptiva de los reportes realizados y las medidas tomadas o a la espera de implementacion. Inicialmente sera semestral pero eso podria variar en funcion de la cantidad de informacion recibida.
Si la implementacion del sistema es un exito, a medio plazo podria ser necesario contar con personal especializado en seguridad para ayudar y tratar los datos obtenidos, con objeto de mejorar la eficiencia del sistema y ofrecer un feedback adecuado en un espacio de tiempo razonable.
Ademas, con los integrantes del plan de mejora, pretendemos establecer una reunion de seguridad dentro del Servicio de Anestesiologia y Reanimacion, con objeto de ir mejorando la practica diaria y avanzar en el objetivo de dar la mejor atencion medica posible a los pacientes, dentro de un entorno de seguridad.
En un tiempo posterior seria util instaurar un circuito de atencion a las segundas y terceras victimas (profesionales y familiares)

INDICADORES
En funcion de los incidentes reportados una vez establecido el sistema de notificacion podremos establecer una estadistica anual, tanto del tipo de reportes hechos, su gravedad, asi como las medidascorrectoras implementadas.
Sera muy importanet sla capacidad de difusion dentro del ambito que sucedan estos indicentes, para ir ampliando la cultura de seguridad y reporte a todos los profesionales implicados.

DURACIÓN
La primera accion sera la eleccion de un sistema de notificacion comun al hospital, que no dependera directamente en exclusiva del equipo del plan de mejora sino que la comision de seguridad del hospital ya esta trabajando, intentando elegir el sistema comun mas adecuado para nuestro medio. La idea inicial es que este elegido antes de Julio, para comenzar su implementacion en septiembre, dando las charlas informativas sobre su existencia y uso, poder tener las primeras referencias estadisticas ya en 2019, para instaurar las pautas correctoras necesarias y su implementacion plena a lo largo de 2020. deberia ser un sistema prospectivo y mantenerse en el tiempo de manera indefinida, asi que las charlas informativas, sitio habilitado de resultados y dar publicidad intrahospitalaria a las mejoras aportadas es imprescindible para su correcta implantacion y conseguir la mayor adhesion posible .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0897

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES CRITICOS

```
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 - 2019/0919

1. TÍTULO

DISMINUCIÓN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CRISTIAN ARAGON BENEDI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ UBIETO JAVIER
PASCUAL BELLOSTA ANA
ORTEGA LUCEA SONIA
MUÑOZ RODRIGUEZ LUIS
VISIEDO SANCHEZ SARA
OLIVER FORNIES PABLO
QUESADA GIMENO NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El plan de mejora de gestión clínica se ha realizado en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza, hospital de tercer nivel con una elevada actividad asistencial anual de tipo quirúrgico y con un servicio de Anestesiología y Reanimación que proporciona anestesia general con el uso de bloqueo neuromuscular (BNM), y que tiene la posibilidad de realizar monitorización intraoperatoria y postoperatoria en la unidad de reanimación postanestésica (URPA) del bloqueo neuromuscular.

Tanto el uso de relajares neuromusculares (RNM) como la reversión del BNM con fármacos entra dentro de la practica clínica habitual, por lo que no se requiere de otros recursos adicionales. Del mismo modo la monitorización del BNM se ha realizado con monitores TOF-Watch SX device [MSD, Oss, The Netherlands] existentes en la mayoría de los quirófanos y en la URPA.

La posibilidad de un efecto residual o bloqueo neuromuscular residual (BNMR) tras el uso de relajantes neuromusculares es conocida desde hace tiempo, pero en los últimos años ha aumentado el número publicaciones que destacan la elevada incidencia y el aumento de las complicaciones asociadas al BNM, una mayor morbimortalidad postoperatoria, eventos críticos respiratorios, una mayor estancia en URPA y por tanto un aumento de las necesidades y costes de los servicios de salud.

Este plan de mejora ha consistido en el cumplimiento de una serie de medidas clínicas basadas en la evidencia clínica. A continuación se describen las actuaciones realizados con respecto a la monitorización neuromuscular tanto en quirófano como en la URPA, y aquellas recomendaciones en referencia a la reversión de los relajantes musculares.

Las dosis recomendada de relajantes musculares para la intubación orotraqueal según ficha técnica y según practica clínica habitual es de 0,2 mg/kg en el caso del cisatracurio y 0,6 mg/kg en el caso del rocuronio. Si se trata de una posible o previsible via aérea difícil se utiliza rocuronio a dosis de 0,6 mg/kg y se tendrá preparado 16 mg/kg de sugammadex por si fuera el caso de un paciente “no intubable - no ventilable” y por tanto se requiriera de un inmediato antagonismo del BNM.

En aquellos casos urgentes, emergentes, con estomago llenos, o sin cumplir las ayunas se utilizan relajantes despolarizantes como la succinilcolina a dosis de 1 mg/kg o preferiblemente rocuronio a dosis de 1,2 mg/kg y se realiza una técnica de secuencia rápida de intubación en menos de 30 segundos. En el caso de necesitar dosis repetidas de RNM durante el intraoperatorio las dosis recomendadas serán de 0,03 mg/kg de cisatracurio y 0,1 mg/kg de rocuronio.

El BNM ha sido cualificado tras la administración del relajante muscular cada 30 - 60 segundos, hasta tener un valor TOF ratio de 0, lo que significa que disponemos de un BNM profundo y condiciones óptimas para la intubación orotraqueal. El BNM fue medido a su vez en todo el intraoperatorio cada 15 - 30 minutos durante el mantenimiento anestésico y cada 1 minuto durante la educción y el despertar de la anestesia. El BNM fue evaluado mediante el TOF, es decir 4 estímulos en 2 segundos, a una frecuencia de 2 Hz de 0,2 ms de duración cada uno y con una intensidad de corriente ajustada a la supramaximal en el músculo adductor del pulgar con un monitor TOF-Watch SX device [MSD, Oss, The Netherlands].
Durante la educción, en el caso de aquellos pacientes en el que no existía BNM (TOF ratio > 0.9) se procedió con la extubación según clínica, signos de recuperación de la fuerza muscular habituales y buena mecánica ventilatoria. Si el TOF ratio es < 0,9 se procedió a la reversión del BNM con el fármaco especifico para cada RNM.

En caso de necesitarse, la dosis utilizada en la practica clínica habitual es neostigmina 0,03 - 0,05 mg/Kg para revertir cisatracurio o sugammadex 2 mg para un BNM leve-moderado con rocuronio. En el caso de tener un BNM profundo con rocuronio, es decir TOF ratio 0 con PTC (estimulación postetanica) = 1, se utiliza 4 mg/kg de sugammadex. En el caso de necesitar un reversión inmediata (< 1,6 minutos) y existe un bloqueo intenso (TOF 0, PTC 0) la dosis recomendada es de 16 mg/kg de sugammadex. Posteriormente a la extubación, los pacientes fueron trasladados a la URPA, administrándose a todos O2 vía Hudson a 6 l/min a su llegada a la unidad.

El BNMR en URPA, definido con un TOF ratio <0,9 una vez se ha extubado al paciente, fue cualificado en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0919

1. TÍTULO

DISMINUCIÓN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL

momento del ingreso en la URPA, a los 20 minutos y al alta. En los pacientes despiertos, la monitorización del nervio cubital se realizó con una intensidad de corriente menor, es decir con 30 - 40 mA. En el paciente despierto está justificada la estimulación con TOF por ser un procedimiento nada doloroso y cómodo, a diferencia de otros tipos de monitorización neuromuscular como el estimulo de doble ráfaga o la estimulación postetánica (PTC).

A su vez se registró el tiempo de permanencia en la URPA y la aparición de complicaciones respiratorias menores siendo definidas como obstrucción de vía aérea superior, hipoxemia y/o desaturación con saturación de O2 < 94% y necesidad de reintubación del paciente
Posteriormente hubo un seguimiento del paciente durante los 30 días siguientes a la intervención quirúrgica y se evaluó la aparición de complicaciones pulmonares mayores, definidas como neumonías o atelectasias.

Ello se registró mediante la consulta en su historia clínica si existió cualquier evento clínico, estudio bioquímico y hemograma, radiológico, interconsulta o consulta a servicios de atención primaria o urgencias durante el ingreso hospitalario o 30 días posteriores a la cirugía que sugirieran infección respiratoria tipo neumonía o atelectasia.

El cronograma seguido durante estos meses ha sido el siguiente:

JUNIO 2019

- Sesión clínica explicativa del comienzo del plan de mejora y las recomendaciones descritas a residentes y adjuntos del Servicio de Anestesiología y Reanimación H. Miguel Servet de Zaragoza (Aula UCI 1a planta edificio multifuncional)

JULIO - DICIEMBRE 2019

- Evaluación de la incidencia de BNMR y sus complicaciones respiratorias de acuerdo con el objetivo del plan de mejora. Los pacientes fueron analizados de manera sistemática y secuencial en el marco temporal definido en el proyecto.

DICIEMBRE 2019 - ENERO 2020

- Análisis estadístico de los indices y tasas (resultados)?
- Sesión clínica a residentes y adjuntos del Servicio explicando los resultados del proyecto de gestión clínica y practicas a mejorar derivadas de este (Aula UCI 1a planta edificio multifuncional)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hay numerosos estudios nacionales e internacionales que evalúan la incidencia de BNMR. Esta oscila entre el 24-32% según las series más recientes, aunque se ha cifrado de manera general entre 6-80% según el ámbito de evaluación, situándolo como la principal complicación en los pacientes sometidos a anestesia general.

Los datos de un estudio previo (Martinez-Ubieto et al, Minerva Anestesiológica, octubre 2015) realizado en el Hospital Miguel Servet por nuestro “grupo de estudio de relajación muscular y bloqueo neuromuscular residual”, adscrito al IIS determinó que, sin estas recomendaciones y protocolos, la incidencia de BNMR a la llegada la URPA fue de un 27,9%, la incidencia de complicaciones respiratorias menores del 14,5% y la incidencia de complicaciones mayores tipo neumonía/atelectasia fue del 7,5%, similar a lo publicado en la literatura nacional e internacional.

A día de hoy el BNMR continúa siendo un problema importante de Salud pública en España por ello hace un año diseñamos este plan de mejora con un programa de medidas clínicas sencillas, como son la monitorización específica del bloqueo neuromuscular y reversión farmacológica del bloqueo neuromuscular, para disminuir sus complicaciones asociadas y abordar de manera integral tal problema de salud como es el BNMR.

Gracias a todo ello los resultados tras las sesiones clínicas correspondientes explicando el protocolo y las medidas a mejorar al Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario Miguel Servet los indices y tasas a fecha de enero 2020 son los siguientes:

- Tasa de BNMR en pacientes ingresados en URPA pacientes sin monitorización neuromuscular (sin TOF Watch): 35,7%

- Tasa de BNMR en pacientes ingresados en URPA pacientes sin reversión bloqueo neuromuscular (no sugammadex): 34,96%

- Tasa de BNMR en pacientes ingresados en URPA pacientes con monitorización neuromuscular (NUEVA RECOMENDACIÓN) : 10,2%

- Tasa de BNMR en pacientes ingresados en URPA pacientes con reversión con sugammadex (NUEVA RECOMENDACIÓN) : 5,33%

- Tasa de complicaciones respiratorias menores aparecidas en URPA sin reversión bloqueo neuromuscular (no sugammadex): 17,92%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0919

1. TÍTULO

DISMINUCIÓN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL

- Tasa de complicaciones respiratorias menores aparecidas en con reversión con sugammadex (NUEVA RECOMENDACIÓN): 4,67%

- Tasa de complicaciones respiratorias (atelectasias) pacientes sin reversión bloqueo neuromuscular (no sugammadex) desarrolladas durante ingreso hospitalario: 7,30%

- Tasa de complicaciones respiratorias (atelectasias) pacientes con reversión con sugammadex (NUEVA RECOMENDACIÓN): desarrolladas durante ingreso hospitalario: 2,67%

- Tasa de complicaciones respiratorias (neumonias) pacientes sin reversión bloqueo neuromuscular (no sugammadex) desarrolladas durante ingreso hospitalario: 1,991%

- Tasa de complicaciones respiratorias (neumonias) pacientes con reversión con sugammadex (NUEVA RECOMENDACIÓN durante ingreso hospitalario: 0,667%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Según los datos aportados en el apartado anterior y el estudio estadistico realizado por nuestro grupo de investigación concluyen que la reversión neuromuscular al final de la cirugía, especialmente con Sugammadex, disminuye de forma significativa ($p < 0,05$) el BNMR en la URPA así como las complicaciones respiratorias menores y mayores (neumonías y atelectasias).

Por otro lado, tanto el BNMR como las atelectasias postoperatorias están asociadas a su vez con la monitorización del bloqueo neuromuscular mediante TOF durante la etapa intraoperatoria ($p < 0,05$). En este sentido, en aquellos casos en que se monitoriza, hemos encontrado que la incidencia de BNMR disminuye en algo más de un 15%, y que la incidencia de casos de atelectasia disminuye en prácticamente un 3% con esta nueva recomendación.

Aunque sí en la mayoría, no es todos los quirófanos existe monitor TOF Watch para la monitorización del bloqueo neuromuscular antes de la extubación de los pacientes, por lo que a parte de la incorporación de las nuevas recomendaciones sería conveniente tener una mayor disponibilidad de este tipo de dispositivos tanto en las maquinas y monitores de anestesia como a la cabecera del paciente en salas de reanimación y en URPA.

En conclusión, las nuevas recomendaciones descritas anteriormente respecto a la utilización de monitorización neuromuscular a la cabecera del paciente tanto en el intraoperatorio como en el postoperatorio inmediato en URPA para guiar las decisiones de reversión neuromuscular se asocia a mejores resultados clínicos y a un uso mas eficiente de los fármacos reversores. A su vez la reversión del BNM disminuyen la incidencia del bloqueo neuromuscular residual y las complicaciones respiratorias postoperatorias derivadas del mismo y deberían ser una practica obligada en toda intervención quirúrgica que se utilicen bloqueares neuromusculares no despolarizantes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/919 ========== ***

Nº de registro: 0919

Título
DISMINUCION COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL

Autores:
ARAGON BENEDI CRISTIAN, MARTINEZ UBIETO JAVIER, PASCUAL BELLOSTA ANA, ORTEGA LUCEA SONIA, MUÑOZ RODRIGUEZ LUIS, VISIEDO SANCHEZ SARA, OLIVER FORNIES PABLO, QUESADA GIMENO NATIVIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0919

1. TÍTULO

DISMINUCIÓN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El bloqueo neuromuscular (BNM) es utilizado en anestesiología para paralizar los grupos musculares y conseguir unas condiciones óptimas para el acto quirúrgico. A parte de sus efectos clínicos, frecuentemente se observa un bloqueo neuromuscular residual (BNMR) en las unidades de recuperación postanestésica (URPA) tras finalizar la cirugía.

En los últimos años se ha detectado un aumento de la incidencia de esta complicación, aumento de la patología respiratoria asociada al BNMR, una mayor morbilidad postoperatoria, una mayor estancia en URPA y hospitalaria, y por tanto un aumento de las necesidades y costes de los servicios de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Disminuir la incidencia de BNMR mediante la introducción de un programa educativo y una serie de medidas clínicas basadas en la evidencia clínica disponible (monitorización específica del BNM y reversión farmacológica del BNM)

2. Disminuir la incidencia de complicaciones menores respiratorias en URPA (desaturación, broncoaspiración, reintubación) y complicaciones pulmonares mayores en el postoperatorio a los 30 días postintervención (neumonia y atelectasia) en relación a la tasa de BNMR

3. Disminución de la estancia en URPA y la estancia hospitalaria en relación a la disminución de la incidencia de BNMR y de complicaciones postoperatorias

MÉTODO
El cumplimiento de una serie de medidas clínicas basadas en la evidencia clínica permitirá una disminución de la incidencia del BNMR, mejor pronostico del paciente y un menor coste de los servicios de salud de los pacientes quirúrgicos del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

La monitorización neuromuscular se realizará de manera sistemática mediante el TOF (Train of Four) en todos los pacientes que se utilicen relajantes musculares (RNM). El BNM será cuantificado en el intraoperatorio cada 30 segundos durante la induccion, cada 15 - 30 minutos durante el mantenimiento y cada minuto durante la educción mediante un monitor TOF-Watch.

Durante la educción, en el caso de aquellos pacientes en el que no exista BNM (TOF ratio > 0,9) se podrá proceder con la extubación. Si el TOF ratio es < 0,9 se revertirá con el fármaco especifico para cada RNM. En caso de necesitarse, la dosis utilizada en la practica clínica habitual es neostigmina 0,03 - 0,05 mg/Kg o sugammadex 2 - 4 mg/Kg para un BNM leve - moderado.

El BNMR en URPA, definido con un TOF ratio <0,9 una vez se haya extubado al paciente, será medido en el momento del ingreso, a los 20 minutos y al alta. Se registrará el tiempo de permanencia en la URPA y la aparición de complicaciones respiratorias menores: desaturación, broncoaspiración, reintubación.

Posteriormente habrá un seguimiento durante los 30 días siguientes a la intervención quirúrgica y se evaluará la aparición de complicaciones pulmonares mayores, definidas como neumonías o atelectasias. Se registrara a su vez la estancia hospitalaria en días o el posible exitus del pacientes.

INDICADORES
- Tasa de BNMR en pacientes ingresados en URPA según relajante muscular utilizado y reversión
- Tasa de complicaciones respiratorias menores aparecidas en URPA
- Tasa de complicaciones respiratorias mayores desarrolladas durante ingreso hospitalario
- Estancia en URPA de pacientes que presentan BNMR
- Estancia en URPA de pacientes que no presentan BNMR
- Estancia hospitalaria de pacientes que presentan BNMR
- Estancia hospitalaria de pacientes que no presentan BNMR

Los datos de un estudio previo (Martinez-Ubieto et al, Minerva Anestesiológica, octubre 2015) realizado en el Hospital Miguel Servet por nuestro “grupo de estudio de relajación muscular y bloqueo neuromuscular residual”, adscrito al IIS determinó que, sin estas recomendaciones y protocolos, la incidencia de BNMR a la llegada la URPA fue de un 27,9%, la incidencia de complicaciones respiratorias menores del 14,5% y la incidencia de complicaciones mayores tipo neumonía/atelectasia fue del 7,5%, similar a lo publicado en la literatura nacional e internacional.

DURACIÓN
MES 1-2: Sesión clínica explicativa del comienzo del plan de mejora y las recomendaciones descritas a residentes y adjuntos del Servicio de Anestesiología y Reanimación H. Miguel Servet de Zaragoza (Aula UCI 1ª planta edificio multifuncional)

MES 3 - 15: Evaluación de la incidencia de BNMR y sus complicaciones respiratorias de acuerdo con el objetivo del plan de mejora. Los pacientes serán analizados de manera sistemática y secuencial en el marco temporal definido en el proyecto

MES 15 - 18 : Análisis estadístico de los indices y sesión clínica a residentes y adjuntos del Servicio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0919

1. TÍTULO

DISMINUCIÓN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL

explicando los resultados del proyecto de gestión clínica y practicas a mejorar derivadas de este (Aula UCI 1ª planta edificio multifuncional)

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 - 2019/0942

1. TÍTULO

PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL
CHUECA MATA JULIA
RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN
OLIVA PERALES PEDRO
GIL BERDUQUE LUIS ALBERTO
ORO FRAILE JESUS
PORTERO LLORO LUIS PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Atención a pacientes
En 2 años, se han atendido en horario extralaboral o en pequeños huecos a 6 pacientes a petición de servicios quirúrgicos y médicos infantiles.
-2 por optimización de su tratamiento médico crónico oral.
-4 con técnicas intervencionistas: 2 pacientes por dolor regional complejo (derivados de COT y paliativos), 1 por síndrome de costilla deslizante (cirugía pediátrica), y 1 por dolor neuropático por compresión intercostal por malformación costotransversa congénita (cirugía pediátrica). Han precisado de media 4 sesiones de infiltraciones en un año.
2 pacientes han sido tratados con psicoterapia: 1 en la unidad infantil, 1 con la psicóloga de la U. paliativos (unidad que lo remitió).
3 pacientes han sido tratados con fisioterapia: 1 en su centro local de referencia (Barbastro) y 2 en el HUMS a través de COT infantil tras remitirlo a RHB.
En todos los pacientes se ha cumplico la definición de "éxito" al año: 3 curados, y 3 con reducción del dolor superior al 50 %.
Además, se han comenzado a emplear métodos más avanzados para tratamiento del dolor oncológico.
Hay mínimo 2 pacientes atendidos en cirugía con dolor abdominal crónico pendientes de ser atendidos por nosotros al encontrarse en “punto muerto” y cuyo pronóstico empeora conforme pasa el tiempo. También se tiene constancia de pacientes pediátricos con dolor crónico susceptible de atención superespecializada que no la están recibiendo por no existir una UDI, y desconocerlo en los centros de salud aragoneses.
Se está dando soporte a especialistas que lo requieren para mejorar la asistencia de sus pacientes.
2.- Formación
Un anestesiólogo infantil ha complementado su formación específica, y ha finalizado un Máster en Dolor con 1 mes de prácticas en el CHGU de Valencia (centro de referencia nacional nivel IV para tratamiento crónico del dolor) y 1 semana de rotación en la UDI del HU La Paz (no pudo ser más por la presión asistencial de la Sección de Anestesiología Pediátrica). Ha tenido que invertir su tiempo, vacaciones y dinero, y el hospital le ha permitido usar 14 días laborables de estancias formativas.
3.- Reuniones con la Subdirección Médica
·Enero de 2018: se informa a la Subdirección Médica Materno-Infantil de necesitar comenzar la asistencia, se va atender a 2 pacientes con dolor crónico.
·Mayo de 2018: se insiste en la necesidad de comenzar con la atención de estos pacientes por los resultados objetivados en estudios epidemiológicos. Se habían establecido reuniones informales. Se propone a creación de la UDI. Se informa de que un anestesiólogo pediátrico está formándose y que se va de prácticas del máster de dolor. Se autoriza a 2 semanas de estancia formativa en Valencia. La subdirección solicita un proyecto por escrito para crear la UDI.
Desde entonces, a partir de septiembre, se realizan múltiples reuniones para desarrollar el borrador del proyecto (no se poseen las fechas específicas por darse con buena voluntad por ambas partes en huecos pequeños disponibles en común). En una de las reuniones, por octubre, se autoriza a la estancia formativa en el HU La Paz
·Noviembre 2018: se informa a la Subdirección del contenido de las estancias. Se explica la organización de la UDI del HU La Paz. Se indica que ha habido reuniones con miembros de otras Secciones y Servicios y que todos están dispuestos a colaborar.
Se nos propone acabar la redacción del proyecto, insistimos en la necesidad de un sitio físico para la consulta, necesitar una DUE, un teléfono móvil de mañanas para atender las consultas telefónicas de los pacientes ya tratados y la colaboración multidisciplinar de otros especialistas y diplomados. Remarcamos que es necesario que sea DUE (no TCAE) para poder realizar todas las funciones necesarias de continuidad en la atención de los pacientes, seguimiento y apoyo a la enfermería de la planta, y para ayudar a los pacientes en el manejo de las dispositivos de infusión continua domiciliaria.
El Jefe de nuestro Servicio vuelve de una baja prolongada en diciembre y es informado de la situación. Apoya y respalda el proyecto aportando modificaciones en el documento redactado que concluyen a principios de marzo de 2019
·Marzo de 2019: se entrega el proyecto definitivo redactado con la colaboración de la Subdirección y del Jefe de Servicio. La subdirección insiste en que incluyamos el proyecto dentro del contrato programa de 2019, para que se cumpla, nuestro jefe también. Se realiza dicha solicitud a finales de marzo. Se comunica a la Sección que el proyecto ha sido aceptado a principios de julio de 2019.
·Agosto de 2019: la Subdirección informa de la incertidumbre de la permanencia de los cargos directivos, con

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

un posible cambio de Subdirector. Indica que la Dirección está de acuerdo, y que ven posible contar con una DUE para el proyecto, incluso a tiempo completo. Se nos dice que será un poco lento por los cambios directivos.
·Noviembre de 2019: la Subdirección informa de un posible cambio de subdirector. Se le insiste que, por motivos asistenciales, el día más adecuado para el intervencionismo es el lunes, y para pasar la consulta es el martes. Se nos indica que se contactará con el Coordinador de consultas (Dr. Peña), para obtener la consulta. Pasada 1 semana y con los plazos justos contactamos con él para saber la situación. A final del mes se nos avisa de que es muy difícil que sea ese día. Todo queda pendiente del nuevo subdirector.
·Enero de 2020. Cita con la nueva subdirección (lleva sólo 1 semana) se le informa de las circunstancias, y de que el plazo para la finalización del proyecto concluye el 31 de enero de 2020, y de no instaurarse debe de prorrogarse con una justificación que no penalice las acciones desarrolladas por la Sección de Anestesiología Pediátrica. Se nos emplaza a una nueva reunión para la última semana de enero. En esa reunión con Subdirección, Jefe de Sección de Anestesiología Infantil, y Supervisora de Consultas, y Jefe de Sección de Consultas externas, se buscan posibles emplazamientos de la consulta y se localizan de momento 2 potenciales localizaciones.

Queda pendiente encontrar consulta, disponer de DUE para la UDI y de un teléfono de contacto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado múltiples reuniones para desarrollar el proyecto con la Subdirección y los Miembros correspondientes de los Servicios implicados
Se ha revisado la literatura, fichas técnicas y protocolos hospitalarios de otros centros de referencia, de nivel 4 como el HI del HUMS.
Se han definido las 2 escalas más útiles para la valoración del dolor agudo y se han integrado en los protocolos siguientes.
Se han preparado 4 protocolos de actuación para el dolor agudo:
1.- “Tratamiento del dolor postoperatorio pediátrico en CMA”. Se han realizado varias reuniones con representantes de los distintos servicios quirúrgicos que realizan cirugía sin ingreso o CMA. Se han acordado los mismos, y en enero de 2020 se enviarán a la UCA para su aprobación.
2.- “Protocolos hospitalarios de dolor agudo de la Unidad del Dolor Infantil”:
-Protocolo intravenoso
-Protocolo epidural
-Protocolo perineural-fascial
Estos 3 protocolos estarán integrados en uno para dar continuidad al razonamiento, y se enviará a la UCA para su aprobación cuando se autorice a la creación oficial de la UDI.
Se ha contactado con los servicios quirúrgicos pediátricos, con la UCI-P, y con Oncopediatría y con la U de Paliativos para colaborar si nos precisaran. Todos están de acuerdo y comparten la necesidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Se comunicó a nuestra Sección que el proyecto había sido aceptado en julio de 2019, pero se quedaron “hibernando” los puntos que hoy siguen sin resolver por motivos relacionados con la política (elecciones autonómicas de mayo, con implicaciones en las Direcciones y Subdirecciones) y por la proximidad de las vacaciones de verano. Lección: los años electorales son difíciles para aplicar mejoras que requieran coordinación y continuidad.
-Hay buena voluntad por los Servicios implicados en la multidisciplinariedad, pero tiene que concretarse con la creación de la Unidad.
-Necesitamos la colaboración de la Dirección y Subdirección de Enfermería del HMI para obtener un DUE que apoye y de continuidad a los cuidados específicos.
-Urge socialmente que se cree la UDI en nuestra Comunidad, somos el centro de referencia de atención Pediátrica y no estamos atendiendo adecuadamente a una población 200-300 pacientes estimados que tienen dolor crónico y que precisan atención superespecializada. Nos llegan muy pocos y tenemos que atenderlos en condiciones que suponen un esfuerzo extra añadido a nuestra alta carga asistencial y con los pocos medios que podemos obtener al no ser oficial nuestra existencia.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0942

Título
PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

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

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

PROBLEMA
En 2008 se estimaba que el dolor crónico, definido como cualquier dolor que dura al menos 3 meses o como cualquier tipo de dolor recurrente durante un periodo mínimo de tres meses, está presente entre un 15 y un 25 % de los niños adolescentes de países industrializados. Estudios recientes de 2017 y 2018 han objetivado que en España dicha cifra es superior (25-30%), como en Europa.
Dada la incidencia del dolor crónico infantil y del reducido número de centros especializados, la mayor parte de los pacientes serán asistidos por personal no especializado en el tratamiento avanzado del dolor pediátrico.
A nivel nacional se disponen de 8 centros en los que se atiende en mayor o menor medida el dolor crónico de esta población en Unidades de Dolor más o menos específicas.
En Aragón no hay ninguna una Unidad de Dolor Infantil (UDI). Consideramos que es urgente abrir una UDI en el centro de referencia para la asistencia infantil.

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

MÉTODO
El programa se denominará “Unidad de Dolor Infantil (UDI)”.

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

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

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0948

1. TÍTULO

USO DE TECNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN UNIDAD DE REANIMACION

Fecha de entrada: 26/12/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUESADA GIMENO NATIVIDAD
LAFUENTE OJEDA NOELIA
ROMERO IÑIGUEZ BLANCA
COLOMINA CALLEN LORENA
FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO
ALCAZAR SALILLAS MARIA TERESA
PEREZ ANDUJAR JUAN ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CADA COMPONENTE DEL GRUPO (FACULTATIVOS) HA REALIZADO EL CURSO BASICO TEORICO-ONLINE SOBRE TERAPIAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL.
Falta por completar la parte de prácticas que fue ofertada por la casa comercial de la máquina del hemofiltro (Prismaflex-Baxter).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
**Formación básica teórica por los facultativos del equipo de la Unidad, a través de la página online CRRT campus.

Dicha página online se transmitió a enfermería de la Unidad (personal fundamental para el desarrollo del proyecto) a través de su supervisora, como preparatoria de las clases prácticas, que nos iban a dar conjuntamente a todo el personal.
Pero tengo que señalar, que enfermería no ha colaborado, ya que su Subdirección de enfermería no lo ha creído conveniente, argumentan carga asistencial para enfermería y que requiere más dotación de personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Añadir al respecto en este apartado, que la formación teórica básica para los facultativos se ha considerado muy instructiva, que a pesar de que las terapias continuas de reemplazo renal están incluidas en la Cartera de Servicios en la Unidad de Reanimación y que su realización iba a ser una mejora en la calidad asistencial para determinados pacientes críticos. El esfuerzo del aprendidaje y asistencial no es compartido por enfermería, pilar fundamental para el desarrollo del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Como coordinadora del proyecto, y antes de darlo por pérdido, en el próximo año reiniciaré reuniones-conversaciones con enfermería.
Nuestra Subdirección (Subdirección de Sº quirúrgicos) apoyaba nuestro proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/948 ========== ***

Nº de registro: 0948

Título
USO DE TECNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN LA UNIDAD DE REANIMACION

Autores:
ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA MARIA, LAFUENTE OJEDA NOELIA, FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO, COLOMINA CALLEN LORENA, ROMERO IÑIGUEZ BLANCA, QUESADA GIMENO NATIVIDAD, PEREZ ANDUJAR JUAN ANGEL, ALCAZAR SALILLAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: : paciente crítico en fracaso renal agudo y en el paciente séptico. con S. de disfunción multiorgánica.
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: : el objetivo prioritario es el uso precoz de las terapias de reemplazo renal, con el fin de disminuir las complicaciones , disminuir la estancia hospitalaria, y mejorar el pronóstico de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0948

1. TÍTULO

USO DE TECNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN UNIDAD DE REANIMACION

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

PROBLEMA
La Unidad de Reanimación se considera una Unidad de críticos postquirúrgicos, en la que ingresan pacientes que se han sometido a cirugías mayor y/o compleja, en muchos de estos pacientes se asocia además una comorbilidad importante, y alguno de ellos en situación de sepsis.
Durante el curso postoperatorio, algunos de estos pacientes pueden entrar en fracaso renal agudo (FRA). El fracaso renal agudo es una complicación común en pacientes críticos. Esta patología tiene una gran trascendencia tanto desde un punto de vista clínico como de eficiencia en su tratamiento. Aumenta la probabilidad de muerte en un 200-300% y que significa un incremento en el consumo de recursos terapéuticos no sólo por la necesidad de utilizar técnicas de reemplazo renal, sino por la necesidad de optimizar el tratamiento de los pacientes.
El manejo del FRA del paciente crítico es uno de los aspectos que más ha evolucionado en los últimos años con el desarrollo de las técnicas continuas de reemplazo renal (hemofiltración), considerándose como técnicas de elección, cuando se comparan con tratamientos convencionales (hemodiálisis intermitente).
La principal ventaja de las técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR), es una mayor estabilidad hemodinámica que se logra con su uso, que permite su utilización en pacientes hemodinámicamente inestables, en los que la hemodiálisis es muy difícil de realizar. Las TCRR es un tratamiento lento y continuado que evita los bruscos cambios en la volemia y en las concentraciones de electrolitos que se producen con la técnica convencional.
Actualmente, nos encontramos en la situación que en la Unidad de Reanimación carecemos de las TCRR para el tratamiento de ese paciente crítico, por lo que debemos solicitar una cama de UCI, que no siempre se consigue precozmente, por lo que el tratamiento se suele retrasar, lo que conlleva un aumento de las complicaciones, y por lo tanto un aumento de la mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto tiene como criterio el inicio más precoz de las TCRR en el seno del episodio del FRA, y del paciente séptico postoperado, lo que parece conllevar una mejoría pronóstica, y una mayor supervivencia.

MÉTODO
** Cursos Online (básico, citrato, TPE; Mars)
**Talleres prácticos, teórico-prácticos de 2-3 horas de duración
**Rotación externa en una Rea, para adquirir más habilidades.

INDICADORES
**Valoración hemodinámica y respiratoria
**Descenso de las complicaciones
**Menor estancia hospitalaria
**Precocidad en la instauración de la terapia.

DURACIÓN
para completar la formación del personal sería necesario un mínimo de 6 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARBONEL BERNAL ROBERTO
OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
INFANTES MARTA
ALIAS RAMON
HERRANZ ANDRES MARIA PILAR
FRACA CARDIEL MARIA CONCEPCION
GONZALO PELLICER INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Revisión bibliográfica para responder a las preguntas clave sobre la anestesia, monitorización y estabilización del paciente durante la trombectomía siguiendo una metodología PICO. Abril-Junio 2019
2- Formación del grupo de trabajo multicéntrico nacional de anestesiólogos implicados en la trombectomía del ICTUS y contacto con técnicos de la agencia de calidad OSTEBA, con objeto de realizar un protocolo de manejo anestésico basado en la evidencia. .
Abril 2019. Congreso de la SEDAR
3- Elaboración de 7 preguntas clave sobre el manejo anestésico de la trombectomía del ICTUS centradas en la importancia que da el paciente a la discapacidad a los 3 meses
Mayo 2019
4-Elaboración de las respuestas siguiendo la metodología PICO a las 7 preguntas con la ayuda de todo el grupo multicéntrico y la agencia de calidad OSTEBA
Junio y Julio 2019-Contacto mensual con las respuestas con metodología PICO
5- Reuniones del grupo de trabajo del proyecto en el HUMS para realizar el protocolo basado en la evidencia Mayo 2019/ Noviembre 2019/ Enero 2020
6- Reuniones de los anestesiólogos implicados en la anestesia de la trombectomía del ICTUS en el HUMS Noviembre 2019/ Enero 2020
7- Elaboración del protocolo con las principales recomendaciones e instrucciones consensuadas entre los Anestesiólogos, los Neurólogos, neuro-radiólogos y DUEs. . Enero 2020
8- Cambiar el hábito de utilizar como vasoconstrictor la fenilefrina y empezar a utilizar Efedrina o Noradrenalina
Noviembre 2019/ Enero 2020
9- Selección de indicadores para elaborar el registro y empezar a registrar Enero 2020
10- Elaboración del subproceso de anestesia en la trombectomía del ICTUS Enero 2020
11- Plan de comunicación en congresos, reuniones científicas y, entre servicios del hospital Abril 2019
Congreso SEDAR/ Grupo multidisciplinar/Noviembre 2019 Anestesistas
Enero 2020 Neurologos y Neuroradiólogos
12-Elaboración de la petición del uso de dexmedetomidina a farmacia Enero 2020
13-Elaboración de la petición del uso de clevidipino a farmacia Pendiente Febrero 2020
14-Elaboración del CI conjunto para neurólogos, neuro-radiólogos, y anestesiólogos Pendiente Febrero 2020
15-Elaboración del registro de indicadores Pendiente Marzo 2020
16-Empezar a registrar Pendiente Abril-Mayo 2020
17- Tras la revisión de la evidencia y tras valorar el tiempo que puede suponer monitorizar una presión invasiva para el seguimiento de la PAM durante la trombectomía, y, el beneficio, con los datos actuales, el grupo de trabajo considera que esta monitorización es evitable Enero 2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tiempo puerta-aguja = 20 min. (Importancia vital y funcional- Historia clínica/Estándar)
Gap PAM inicial y PAM < durante el procedimiento < 20%
(Importancia vital y funcional- Historia clínica/Estándar)
Si AG:PCO2 E más baja > 40 mmHg (Importancia vital y funcional- Historia clínica/Estándar)
% de pacientes con Monitorización INVOS: 10% (Importancia vital y funcional- Historia clínica/Estándar > 50%)
Monitorización BIS si AG: 95% (Importancia vital y funcional- Historia clínica/Estándar)
Si AG: % Tiempo con BIS < 40 No registrado
Sedación o AG No registrado
% de casos en los que se ha utilizado la efedrina como Vasoconstrictor 50% (Importancia vital y funcional- Historia clínica/Estándar > 90%)
% de casos en el que la Dexmedetomidina se utiliza como sedante: 10% (Importancia vital y funcional- Historia clínica/Estándar > 50%)
Protocolo realizado, pendiente de la UCA
Subproceso realizado, pendiente de la UCA
Consentimiento informado aceptada la importancia de modificarlo por todos especialistas, pendiente de modificar

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

1. TÍTULO

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

El servicio de farmacia supone una carrera de obstáculos para disponer de dexmedetomidina y clevidipino. Inercia al cambio de hábitos, pero las evidencias y ganas de mejorar el curso clínico de los pacientes están facilitando el cambio.

7. OBSERVACIONES.
El cronograma dura hasta Mayo del 2020, momento en el que esperamos que esté concluido el proyecto

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

Nº de registro: 1452

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
El HUMS es el centro donde se realiza la trombectomía del ICTUS de todo Aragón. El tiempo entre el ICTUS y la extracción del trombo se correlaciona con el nivel de discapacidad residual del paciente. Los primeros estudios demostraron que la trombectomía realizada bajo anestesia general se correlacionaba con peores resultados, debido a que el cerebro dañado responde a la hipotensión arterial con una hipoxia cerebral desproporcionada. Esto hizo que se crearan estudios observacionales y protocolos internacionales con criterios estrictos de la indicación de una anestesia general, y, de cómo realizar esta. Siempre bajo monitorización estricta, junto a una anestesia realizada para conseguir que la saturación de oxígeno cerebral se mantenga. Los estudios han mostrado qué implantando estos protocolos, se puede ahorrar hasta 30 minutos de demora en la extracción del trombo, y, se pueden conseguir mejores resultados en discapacidad del paciente.

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

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

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

DURACIÓN
Abril-Junio 2019: revisión bibliográfica para responder a las preguntas clave sobre la anestesia, monitorización y estabilización hemodinámica con metodología PICO:

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

1. TÍTULO

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

Julio-Octubre: Consensuar protocolo entre los anestesiólogos implicados
Noviembre-Diciembre: Escribir el protocolo, y crear instrucciones para facilitar la actuación de las enfermeras implicadas.
Enero-Febrero: Registrar el cumplimiento del protocolo y de los tiempos empleados
Marzo-Abril: Crear registro de seguimiento de indicadores de proceso y de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 27/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA
HERRANZ ANDRES MARIA PILAR
ASENSIO PARIS ANA
REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA
GARCES ROMERO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
TRAS LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SE HA REALIZADO EL PROTOCOLO DE MANEJO PERIOPERATORIO DE FÁRMACOS ANTICOAGULANTES Y ESTÁ EN FASE DE REVISIÓN CRÍTICA POR LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA, ANESTESIOLOGÍA Y POR LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA. TAMBIÉM SE HA REALIZADO UN RESUMEN EMINENTEMENTE GRÁFICO PARA PARA FACILITAR LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO A PROFESIONALES Y PACIENTES.
SE HA INICIADO, TRAS REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA, LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTIAGREGANTES.
SE HA INICIADO EL PROCESO PARA INCORPORAR A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA LA INFORMACIÓN CLÍNICA INDIVIDUALIZADA DEL MANEJO DE ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS/ANTIAGREGADOS SE IDENTIFICAN EN EL DOCUMENTO DE ALTA EN LA LISTA DE ESPERA
SE HA PROTOCOLIZADO EL MANEJO DE ANTICOAGULANTES ORALES EN EL PERIODO PERIOPERATORIO
SE HA ELABORADO UN RESUMEN GRÁFICO PARA FACILITAR LA COMPRENSIÓN DEL PROTOCOLO
EN LA HCE FIGURA EL TRATMIENTO INDICADO COMO EPISODIO CLÍNICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA ELABORACIÓN DE LOS PROTOCOLOS ESTÁ SIENDO LENTA POR LA DISPERSIÓN Y POR LA CANTIDAD DE PROFESIONALES AFECTADOS.

TAMBIÉN ESTÁ RESULTANDO MUY COSTOSOS LA INCLUSIÓN EN LA HCE DE ESQUEMAS GRÁFICOS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS, LO QUE MEJORARÍA MUCHO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1455

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Actualmente hay una gran variabilidad en el manejo perioperatorio del paciente antiagregado o anticoagulado,

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

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

DURACIÓN
Revisión bibliográfica: Abril-Junio
Protocolo de bolsillo: realizado para Julio
Aprobación del protocolo: Septiembre
Reuniones, sesiones, talleres: Septiembre a Diciembre
La herramienta informática se viene trabajando todo el último año, y, parece que va a dar luz próximamente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0386

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION A TIEMPO DEL PACIENTE PENDIENTE DE PRIMER ACCESO VASCULARPARA HEMODIALISIS O REPARACION DEL MISMO (“CODIGO FISTULA”) EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA YCIRUGIA VASCULAR

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA MARZO ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO
FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR
HERRANDO MEDRANO MONICA
JIMENEZ EL BAILE ALFONSO
RECIO CABRERO ADORACION
RICO ROMERO VIRTUDES
RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación del grupo de trabajo responsable (Marzo 2019)
Realizar protocolo (Mayo 2019)
Diseñar formulario hp-doctor (Marzo 2019)
Presentar al servicio para consensuar (Abril 2019)
Correcciones y elaboración definitiva del protocolo (Abril 2019)
Reuniones con Coordinadores de anestesia (Mayo 2019)
Evaluación del cumplimiento del objetivo de 2019 (Enero 2019)
Tal y como se estableció en el proyecto se creó el grupo de trabajo con los miembros ya mencionados. Se estableció un protocolo para la valoración de estos pacientes. Como herramienta hemos diseñado un formulario para facilitar unificar el estudio y el informe del ecodoppler. Este diseñado ha sido consensuado con todo el servicio de cirugía vascular y ya se está empleando desde hace meses. Además hemos podido revisar los indicadores de nuestra memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha alcanzado el cumplimiento del protocolo en el 100% de los pacientes. A todos ellos como se estipuló se realizó estudio previo a la fístula mediante ecodoppler.
Hemos obtenido una tasa de cumplimiento de los plazos pertinentes del 82.54%. Se ha conseguido evitar el catéter como método de inicio de la hemodiálisis en el 100% de los casos, al igual que en los pacientes que se intervinieron en el código fístula.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hay algunas acciones que no dependen directamente de nuestro servicio y por tanto necesitamos el apoyo de la dirección y la colaboración de otros servicios implicados.
Podemos afirmar que la implantación de este proyecto asistencial ha sido un éxito ya que ha permitido evitar el inicio de la hemodiálisis en todos los pacientes, el porcentaje de pacientes que se han ajustado a los tiempos es elevado pero todavía nos queda margen de mejora en esta área.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/386 ========== ***

Nº de registro: 0386

Título
PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION A TIEMPO DEL PACIENTE PENDIENTE DE PRIMER ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALISIS O REPARACION DEL MISMO (“CODIGO FISTULA”) EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

Autores:
MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA, RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL, JIMENEZ ELBAILE ALFONSO, SOGUERO VALENCIA IRENE, HERRANDO MEDRANO MONICA, FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA, RICO ROMERO VIRTUDES, RECIO CABRERA ADORACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0386

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION A TIEMPO DEL PACIENTE PENDIENTE DE PRIMER ACCESO VASCULARPARA HEMODIALISIS O REPARACION DEL MISMO ("CODIGO FISTULA") EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA YCIRUGIA VASCULAR

Otro Tipo Patología: Insuficiencia Renal Crónica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las guías recomiendan que la fístula arteriovenosa se realice con una antelación previa al inicio de la hemodiálisis (HD) de 6 meses, para evitar la colocación de un catéter venoso, el cual, supone 4 veces más de riesgo de presentar complicaciones infecciosas al inicio, 7 veces más a los 6 meses de diálisis; además supone un aumento de la mortalidad asociada en el primer año, de ahí la importancia de realizar los accesos vasculares previamente al inicio de la diálisis y de resolver la disfunción del acceso con la mayor celeridad posible para poder evitar la colocación del catéter. (Nefrología 2017; 37 (Supl 1):1-177).
El servicio de ACV pertenece al grupo de mejora del acceso vascular para HD y tenemos unos plazos fijados de atención a tiempo para realizar el primer acceso vascular y para resolver la disfunción lo que denominamos "Código Fístula"; Previamente a la intervención se debe de realizar una exploración exhaustiva para elegir el lugar del acceso.
Actualmente nos resulta difícil cumplir con este compromiso adquirido por las siguientes causas:
Tiempo y modo de canalización mejorables.
Lugar de exploración preoperatoria de los pacientes inadecuado
Variabilidad clínica
La exploración de estos pacientes en muchas ocasiones se realiza sin asociar ninguna prueba diagnóstica y con una gran variabilidad por parte del personal médico.
Presión asistencial. Sectores.
El Servicio de ACV del Hospital Universitario Miguel Servet se encarga de atender las necesidades de acceso vasculares no sólo de nuestro centro, sino también del Hospital San Juan de Dios y La Defensa de Zaragoza, Hospital de Alcañiz, Hospital Obispo Polanco de Teruel,
Recursos necesarios
Actualmente las disponibilidad de quirófanos del servicio de Angiología y Cirugía Vascular para poder atender a estos pacientes con la calidad oportuna y siguiendo los plazos que indican las guías clínicas es insuficiente.
Aumento de la actividad asistencial
El diagnóstico y tratamiento de la disfunción del acceso vascular supone un incremento de la actividad asistencial ordinaria de nuestro servicio.
Como consecuencia de todo ello, a muchos pacientes se les implanta un catéter venoso lo que supone un aumento de la morbimortalidad y del gasto sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
Cumplir los plazos predefinidos por el grupo de mejora del acceso vascular de hemodiálisis de nuestro centro para la realización del acceso vascular:
Urgente: Necesidad de realización FAV en 1- 3 semanas
Preferente: Necesidad de realización FAV en 2 - 4 semanas
ERC de rápida evolución
Falta de maduración del AV
Portadores de CVC no tunelizado.
Normal: Necesidad de realización de FAV en 3 meses
Previsión de inicio de HD > 6 meses

Evitar la colocación de catéter cuando se detecte disfunción de una fístula que previamente funcionaba con normalidad "Código Fístula"

MÉTODO
Creación del grupo de trabajo responsable
Realizar un protocolo en el que se incluya
Modo y tiempos de canalización
Lugar de realización de la consulta preoperatoria
Realización de ecodoppler preoperatorio de manera sistemática
Frecuencia de revisión de la lista de espera quirúrgica del acceso vascular para HD.
Diseñar un formulario en Hp doctor para homogeneizar las exploraciones y para poder realizar estudios en el futuro de qué accesos vasculares son los más adecuados. Todos los pacientes tendrán informe en el que se detalla el destino del paciente.
Realizar reuniones con el Servicio de Anestesia para que dé validez a la valoración anestésica de otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0386

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION A TIEMPO DEL PACIENTE PENDIENTE DE PRIMER ACCESO VASCULARPARA HEMODIALISIS O REPARACION DEL MISMO (“CODIGO FISTULA”) EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA YCIRUGIA VASCULAR

centros de nuestra comunidad.
Introducir esta patología dentro de los periodos de garantía del Salud.

INDICADORES
Cumplimento del protocolo
Tasa de urgentes/preferentes/normales realizadas en los plazos pertinentes
Tasa de ecodoppler preoperatorio
Tasa de catéteres evitados en los pacientes que inician diálisis.
Tasas de catéteres evitados en los pacientes del código fístula.

DURACIÓN
Fecha de Inicio Marzo 2019.
Creación grupo de trabajo responsable: marzo 2019
Realizar protocolo Mayo 2019
Diseñar formulario hp-doctor: marzo 2019
Presentar al servicio para consensuar abril 2019
Correcciones. Elaboración definitiva. Abril 2019
Reuniones con Coordinadores de anestesia: Abril/Mayo 2019.
Introducir esta patología dentro de los periodos de garantía del salud: junio 2019
Evaluación del cumplimiento del objetivo de 2019: marzo 2020.
El proyecto continuará en los años siguientes hasta regularizar e integrar completamente está actividad.

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 - 2019/0540

1. TÍTULO

EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACIÓN EN PACIENTES CON CLAUDICACIÓN INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES

Fecha de entrada: 26/02/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Puesta en marcha del programa para mejora de la distancia de claudicación para pacientes seleccionados con isquemia crónica grado IIb. Para ello se ha contado con la colaboración del servicio de Angiología y Cirugía Vascular, realizando una selección adecuada de los pacientes candidatos a entrar en el programa, que cumplían criterios de inclusión tanto clínicos, como demográficos. Se les ha realizado un doppler y claudicometría previos a entrar en el programa. Aquellos pacientes seleccionados, han sido valorados y tratados por las responsables del servicio de rehabilitación encargados de la rehabilitación cardiaca, realizándoles un estudio analítico completo, con cribado de enfermedad cardiopulmonar subyacente. Optimización del tratamiento médico de los pacientes, educación para deshabituación tabáquica, mejora de la alimentación e incorporación de hábitos de vida saludables. Aquellos pacientes que cumplían todos los criterios y conseguían dejar de fumar, se les hacía el programa completo de ejercicio supervisado. Consistente en ejercicio monitorizado, de varias sesiones semanales durante ocho a doce semanas en el gimnasio de rehabilitación cardiaca, para lo que se ha precisado una nueva cinta rodante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El animo del proyecto es continuarlo e instaurarlo como una nueva herramienta de tratamiento que poder ofrecer a pacientes claudicantes jóvenes (edades no superiores a 70 años) con distancias de claudicación invalidadntes en su día a día, y que no son candidatos por diversos motivos a cirugia de revascularización. Los pacientes que han finalizado el programa han mejorado notablemente su distancia de claudicación, documentado mediante claudicometría, por lo que se ha conseguido el objetivo. El programa sigue en marcha por lo que hay pacientes en proceso, y otros pendientes de poder comenzarlo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este programa, demuestra la importancia de la implementación del tratamiento médico y de la mejora de los hábitos de vida como pilares fundamentales para el tratamiento de esta patología (isquemia crónica de miembros inferiores) en sus estados I, Ida y IIb. Debemos destacar la importancia de la deshabituación tabáquica y del apoyo y recursos psicológicos que son necesarios para que el abandono del tabaco sea exitoso.

7. OBSERVACIONES.
El objetivo de este proyecto de calidad era poner en marcha el programa, y desde el mes de mayo está en funcionamiento. Por otro lado, se trata de una herramienta de tratamiento tan beneficiosa que el programa, una vez instaurado se va a mantener en el tiempo para que puedan beneficiarse de él el mayor número de pacientes. Sería necesario, mejorar la dotación de material del gimnasio de rehabilitación cardiaca con una cinta rodante adecuada. Dar mayor soporte a los pacientes, desde los centros de salud para ayudar en el proceso de abandono del tabaco.

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

Nº de registro: 0540

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

1. TÍTULO

EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACIÓN EN PACIENTES CON CLAUDICACIÓN INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES

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

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

PROBLEMA
La claudicación intermitente, es la manifestación clínica de la enfermedad arterial periférica o isquemia crónica de miembros inferiores; presenta una prevalencia en la población del 6,2% en mayores de 50 años. Entre el 1 y 3% de los pacientes con claudicación intermitente, progresan a estadios avanzados de isquemia crítica a lo largo de su vida, por lo que es importante un correcto diagnóstico y tratamiento estos pacientes.
Los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad arterial periférica, son los principales causantes de arterioesclerosis: hipertensión, diabetes, tabaquismo y dislipemia. Son los mismos factores de riesgo para la cardiopatía isquemia. Existe una asociación entre ambas enfermedades. Los pacientes con enfermedad coronaria conocida y enfermedad arterial periférica tienen un 25% más de riesgo de muerte que los que no asocian ambas patologías.

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

El ejercicio físico es un pilar fundamental en el tratamiento de esta patología, pero es de difícil cumplimiento de forma autónoma por parte de los pacientes, por lo que los programas de ejercicio deberían ser supervisados. Hay estudios que comparan el ejercicio supervisado con la simple recomendación médica, demuestran que el ejercicio supervisado se traduce en una mejori´a de la distancia ma´xima caminada con respecto a programas de ejercicio no supervisado (nivel de evidencia B). Otros estudios señalan un nivel de evidencia A del ejercicio supervisado en pacientes con claudicación intermitente. Estudios prospectivos han mostrado que el ejercicio supervisado produce una mejori´a en la distancia caminada y en la distancia caminada sin dolor. Esta mejori´a se mantuvo durante todo el periodo de seguimiento (hasta 2 an~os).
En la Comunidad Autónoma de Aragón no existe a día de hoy ningún centro hospitalario que ofrezca este tipo de programas de ejercicio físico supervisado para pacientes claudicantes.
En el hospital Miguel Servet contamos con un Servicio de Rehabilitación con experiencia en programas de entrenamiento similares; ya tiene en funcionamiento un programa de rehabilitación para pacientes cardiópatas.
Debido a la poca adherencia que presentan los pacientes a realizar ejercicio físico de forma autónoma, proponemos la realización de un programa de ejercicio supervisado para pacientes seleccionados con claudicación intermitente invalidante.

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACIÓN EN PACIENTES CON CLAUDICACIÓN INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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 - 2018/0482

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GONZALEZ IRAZABAL
· Profesión ..... QUIMICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO
GUALLAR SERRANO PILAR
MELENDO VILLANUEVA DAFNE EVANGELINA
MELENDO LAPUENTE EVA
OCHOA LOPEZ JOSE JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para desarrollar este proyecto de mejora de la calidad se ha realizado el seguimiento exhaustivo de las etapas preanalítica, analítica y postanalítica implicadas en el Programa de Cribado Neonatal de Aragón.
Para ello, mensualmente se exporta del sistema informático del laboratorio (SIL) toda la información necesaria, de cada muestra de recién nacido, para el cálculo de los indicadores propuestos por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social que se han adoptado además para el control de calidad propio del laboratorio, se tratan los datos estadísticamente y se comparan los resultados obtenidos con los umbrales fijados.
Las desviaciones observadas se tratan más específicamente para detectar el origen de las mismas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados obtenidos y los umbrales fijados por el ministerio se recogen en la siguiente tabla, los valores indados para cada punto son % óptimo, % aceptable, % resultados propios:

- Edad a la extracción primera muestra: entre las 24-72 horas de vida: 99 95 99.5
- Calidad de la muestra: muestras no válidas: 0,5 2,0 0,22
- Trazabilidad: muestras recibidas con resultado final: 100 99 100
- Transporte: días desde extracción hasta llegada al laboratorio < 4: 99 95 93.9
- Tiempo de respuesta: = 3 días: 99 95 68.6
- Edad del RN al informe primera muestra: < 10 días: 99 95 96.2
- Edad del RN al informe segunda muestra: < 20 días: 99 95 78.8
- Remisión de casos positivos al pediatra especialista: 100 100 100

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El laboratorio de cribado neonatal cumple todos los criterios propuestos por el Ministerio, en muchas ocasiones incluso cumple los niveles óptimos, excepto para los indicadores: del transporte, el tiempo de respuesta del laboratorio y la edad del recién nacido a la que se informan las repeticiones.
En cuanto al transporte, en el Programa de Cribado neonatal de Aragón, el 93.9% de las muestras llegan antes de 4 días. Dado el problema se analiza el mismo indicador por centros.

Analizando los resultados se detectan perfectamente los centros a los que se limitan las desviaciones. Son centros de la comunidad de Cataluña que envían las muestras de los niños aragoneses que nacen allí por proximidad geográfica. Se comunica a dichos centros la incidencia para buscar solución al transporte de las muestras. Se plantea el uso de un sistema de correo privado para solucionar retraso del envío de muestras.
En el tiempo de respuesta del laboratorio se observa la mayor desviación. Hay que tener en cuenta que el laboratorio de cribado neonatal no trabaja los fines de semana, por lo tanto, las muestras que llegan el viernes al laboratorio no se analizarán hasta el lunes, por lo tanto supone ya una demora de 2 días. Esto se producen en la quinta parte de las muestras.
Si el indicador se corrige excluyendo los días no laborables el resultado es que el 95.6% de las muestras se analizan en los tres primeros días desde su recepción.

Lo mismo ocurre con el indicador edad del RN al informe en segunda muestra. También está afectado por los días no laborables, si se tienen en cuenta solo los días laborables el resultado es que el 95.6% de las segundas muestras se analizan antes de los 20 días de vida del recién nacido. Además, hay ocasiones en las que, debido a la prematuridad, o estado del recién nacido la extracción de la repetición se retrasa para que se estabilice el estado del niño.

7. OBSERVACIONES.
Los resultados obtenidos para el Programa de Cribado Neonatal de Aragón reflejan su gran eficacia para la detección de las enfermedades incluidas en su cartera en la población de recién nacidos.
Los indicadores fijados son muy potentes y analizados adecuadamente permiten detectar los puntos críticos y definir líneas de mejora.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/482 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0482

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

***

Nº de registro: 0482

Título
IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DECRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Autores:
GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA, HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO, GUALLAR SERRANO PILAR, ROMERO SANCHEZ NAIARA, CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, MELENDO LAPUENTE EVA, MELENDO VILLANUEVA DAFNE EVANGELINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobó el Programa poblacional de cribado neonatal que va a formar parte de la cartera común básica de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), instando a establecer protocolos consensuados en el marco del SNS, que permitan abordar en todas las comunidades autónomas de manera homogénea y en base a criterios de calidad los procesos de cribado.
Con este fin se han definido una serie de objetivos de calidad que deben cumplir las etapas del programa y los requisitos necesarios para la consecución de estos objetivos.
Para cada uno de los objetivos se propone un nivel óptimo y un nivel aceptable.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende analizar y evaluar la situación actual del Programa de Cribado Neonatal de Aragón, respecto al cumplimiento de estos objetivos, lo que permitirá además el establecimiento de planes de mejora para alcanzar el nivel óptimo de eficiencia.

MÉTODO
Se emplearán una serie de indicadores para optimizar diversas actividades relacionadas con distintas etapas del Programa de Cribado Neonatal, cuya correcta realización son imprescindibles para que los resultados de programa sean óptimos.

INDICADORES
Para cada una de las etapas se evaluarán semestralmente los siguientes indicadores:
ETAPA DE LA TOMA DE LA MUESTRA
Tiempo de toma de muestra.
Garantizar toma de muestra en el intervalo de tiempo adecuado, ya que esto repercutirá en el cumplimiento de los plazos de tiempo de las siguientes etapas.
Óptimo: =99 % de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.
Aceptable: =95% de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.
Calidad de la muestra.
Garantizar la calidad y adecuación de la muestra.
Óptimo: =0.5% de muestras no válidas.
Aceptable: =2% de muestras no válidas.
Trazabilidad
Garantizar la correcta trazabilidad e identificación de las muestras. Se debe garantizar la identificación y el seguimiento de todas las muestras desde el inicio del proceso hasta la obtención del resultado final.
Óptimo: 100% de las muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.
Aceptable: 99% de muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.
ETAPA DEL TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS
Tiempo de recepción de las muestras en el laboratorio.
Garantizar la correcta recepción de las muestras en el laboratorio en un plazo de tiempo adecuado y evitar el extravío de muestras.
Óptimo: =95% de las muestras se reciban en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 3 días de la extracción y =99% antes de 4 días de la extracción.
Aceptable: 95% de las muestras se reciban en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 4 días de la extracción.
ETAPA DE RECEPCIÓN DE LAS MUESTRAS, ANÁLISIS Y OBTENCIÓN DE RESULTADOS POR PARTE DEL LABORATORIO DE CRIBADO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0482

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

NEONATAL.
Tiempo de respuesta del laboratorio.
Garantizar el tiempo óptimo de respuesta del laboratorio desde la recepción de la muestra.
Óptimo: máximo 3 días para el =99% de las muestras recibidas.
Aceptable: máximo 3 días para el =95% de las muestras recibidas.
Edad del recién nacido a la obtención del resultado por el laboratorio
Maximizar la efectividad del programa. La optimización de la edad a la detección es clave para tener el diagnóstico confirmatorio e instaurar el tratamiento de los casos detectados, lo más rápido posible, antes de que se manifiesten los síntomas de la enfermedad, para evitar o minimizar los daños en el recién nacido.
Se consideran las siguientes situaciones:
- Si el resultado obtenido presenta valores muy alterados con una probabilidad elevada de que padezca la enfermedad, la obtención del primer resultado sobre primera muestra válida será:
Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.
Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.
- Si el resultado obtenido presenta valores dudosos que requieran una segunda muestra para confirmación será:
Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para fibrosis quística).
Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para fibrosis quística).
ETAPA DE REMISIÓN DESDE EL LABORATORIO DE CRIBADO, A LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO, DE LOS CASOS DETECTADOS POSITIVOS
Remisión a la unidad clínica de seguimiento desde la obtención del resultado por el laboratorio.
Garantizar que todos los casos detectados positivos, han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento en un plazo de tiempo óptimo.
Óptimo/aceptable: 100% han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento el mismo día de la obtención del resultado por parte del laboratorio

DURACIÓN
Se evaluarán los indicadores correspondientes a los RN nacidos del año 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 - 2019/0402

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLOGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS BANCALERO FLORES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA GONZALEZ MARIA
SIENES BAILO PAULA
VALERO YUBERO MARIA NIEVES
VAL FALCON BEATRIZ
ROYO GUALLAR ROSARIO
SAGRADO ARROYO MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros.
FEAs Junio 2019
Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad.
TELs y FEAs Junio 2019

Valoración del cumplimiento de las especificaciones de calidad.
FEAs Septiembre 2019

Participación en programas de evaluación externa de la calidad.
FEAs Octubre 2019
Registro de los distintos indicadores.
TELs Diciembre 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Abril 2019 Validación del método: Recogida resultados.
Mayo 2019 Validación del método: Estadística resultados.
Junio 2019 Validación del método: Completa.
Mayo 2019 Elaboración del procedimiento técnico de análisis: Borrador
Junio 2019 Elaboración del procedimiento técnico de análisis: Documento definitivo
Octubre 2019 Elaboración del procedimiento técnico de análisis: Revisión responsable calidad.
Junio 2019 Programa de intercomparativos: Solicitud.
Septiembre 2019 Programa de intercomparativos: Aprobación solicitud participación.
Octubre 2019 Programa de intercomparativos: Pendiente recepción.
Mayo 2019 Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad: Elaboración encuesta.
Junio 2019 Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad: Validación encuesta.
Julio 2019 Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad: Modificación plantilla. Reorganización sección.
Septiembre 2019 Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad: Modificación plantilla. Reorganización sección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo sobre el proyecto es muy satisfactoria y las expectativas de nuestros clientes (especialidades medico-quirurgicas) son altas. En la actualidad estamos pendientes de :
-Auditoría interna. FEAs y TELs Febrero/Marzo 2020
-Evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos. FEAs Marzo 2020.
lo que nos lleva a una ligera modificación del calendario propuesto, el cual se ha cumplido fielmente hasta la actualidad.
Sin embargo no hemos conseguido la participación en Programa de intercomparativos, en principio por la lentitud administrativa, la indeterminación del suministrador sobre la viabilidad del programa.
La alta rotación del personal TELs y la reorganización sucesiva de la sección, limita seriamente el avance de este tipo de proyectos relacionados tan intensamente con normas de cálidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/402 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0402

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLOGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

Nº de registro: 0402

Título
INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLOGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

Autores:
BANCALERO FLORES JOSE LUIS, SANTAMARIA GONZALEZ MARIA, ESCOBAR CONESA ROCIO, BORAO PEREZ SARA, VALERO YUBERO MARIA NIEVES, USON LABORDA ALICIA, GOMEZ CUELI ANA CARMEN, ESPAÑA HERNANDEZ LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Servicio de Bioquímica Clínica participa en el proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos de Aragón desde el año 2007.
La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) son enfermedades inflamatorias crónicas y progresivas que se caracterizan por la alternancia de periodos de actividad y remisión de duración impredecible. Actualmente, el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se basa en la evaluación objetiva de las lesiones intestinales.
La calprotectina fecal es un biomarcador que en los últimos años se ha confirmado como una herramienta útil en el manejo de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Sus principales utilidades son diagnosticar la enfermedad inflamatoria intestinal, detectar la presencia de actividad inflamatoria intestinal, monitorizar la respuesta al tratamiento e identificar la curación mucosa, predecir la recidiva clínica o incluso la recurrencia postquirúrgica. Actualmente, no están claramente definidos sus puntos de cortes óptimos para cada una de estas utilidades. No obstante, su elevada precisión para detectar actividad endoscópica la convierte en una herramienta de gran utilidad que puede permitir realizar un manejo más eficiente de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.
Nuestro laboratorio clínico realiza análisis en el ámbito sanitario, y es necesario estar seguro de que es capaz de proporcionar resultados correctos en los que se pueda confiar o, lo que es lo mismo, que es técnicamente competente para el parámetro calprotectina fecal.
Para nuestros usuarios que requieren este servicio (médicos clínicos y pacientes), conocer que su laboratorio de referencia asegura la máxima competencia técnica es fundamental para garantizar que las decisiones clínicas se toman en base a resultados fiables, se minimizan riesgos para la seguridad del paciente y aumenta la calidad diagnóstica.
El objetivo de calidad de este proyecto es exponer nuestro laboratorio clínico a una auditoria interna para el parámetro calprotectina fecal según la UNE-EN ISO 15189.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es el compromiso del Servicio de Bioquímica Clínica en ampliar la acreditación que asegura la competencia técnica en el proceso de laboratorio de determinación de calprotectina fecal. Para ello se establecerá un sistema documental de todos los procesos (fases preanalítica, analítica y postanalítica) así como objetivos e indicadores que evalúaran periódicamente todas las fases y posibilita la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El objetivo final es el de superar la auditoria interna en un año.

MÉTODO
Las actividades se ajustan a la norma UNE-EN ISO 15189.
1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros
2. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad
3. Valoración del cumplimiento de las especificaciones de calidad
4. Participación en programas de evaluación externa de la calidad
5. Registro de los distintos indicadores
6. Auditoría interna
7. Evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0402

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLOGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

1. Validación del método (S/N)
2. Elaboración del procedimiento técnico de análisis (S/N)
3. Programa de intercomparativos (S/N)
4. Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad: Esperado > 65%
5. Número de Desviaciones/Observaciones en Auditoría Interna: Esperado <10.
6. Resolución de las desviaciones/observaciones procedentes de auditoria interna: Esperado >50%

DURACIÓN

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos FEAs): Junio 2019
2. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad (TELs y FEAs): Junio 2019
3. Valoración del cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos FEAs): Septiembre 2019
4. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos FEAs): Octubre 2019
5. Registro de los distintos indicadores (TELs): Diciembre 2019
6. Auditoría interna (Responsables técnicos FEAs y TELs) : Febrero 2020
7. Evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsables técnicos FEAs): Marzo 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 - 2019/0402

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLOGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS BANCALERO FLORES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA GONZALEZ MARIA
SIENES BAILO PAULA
VALERO YUBERO MARIA NIEVES
VAL FALCON BEATRIZ
ROYO GUALLAR ROSARIO
SAGRADO ARROYO MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Validación del método: Completa.

Elaboración del procedimiento técnico de análisis: Documento definitivo y revisión responsable calidad.

Programa de intercomparativos: Selección de CCE y determinación de frecuencia (4 viales por 2 niveles /año)

Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad: Elaboración y validación de la encuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado las actividades programas.
Se han cumplido los itinerarios definidos en el calendario.
Se han cumplimentado y cumplido los indicadores propuestos:
1. Validación del método (S/N): SI
2. Elaboración del procedimiento técnico de análisis (S/N): SI
3. Programa de intercomparativos (S/N): SI
4. Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad: Esperado > 65%. Resultado = 69%
5. Número de Desviaciones/Observaciones en Auditoría Interna: Esperado <10. PENDIENTE POR LA ADMINISTRACIÓN
6. Resolución de las desviaciones/observaciones procedentes de auditoria interna: Esperado >50%. PENDIENTE DE RESULTADOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de este proyecto nos encamina al reconocimiento formal de nuestra competencia técnica. Este trabajo:
Asegura los resultados de las pruebas, el reconocimiento internacional de los resultados, permite identificarnos como laboratorio con elevado nivel de calidad, avala los resultados ante nuestros clientes (FEA medico-quirurgicos), nos introduce en la evaluación continua de nuestra sección.
Recomendamos en el área de nuestra especialidad el someterse a este proceso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/402 ========== ***

Nº de registro: 0402

Título
INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLOGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

Autores:
BANCALERO FLORES JOSE LUIS, SANTAMARIA GONZALEZ MARIA, ESCOBAR CONESA ROCIO, BORAO PEREZ SARA, VALERO YUBERO MARIA NIEVES, USON LABORDA ALICIA, GOMEZ CUELI ANA CARMEN, ESPAÑA HERNANDEZ LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0402

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLOGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Servicio de Bioquímica Clínica participa en el proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos de Aragón desde el año 2007.
La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) son enfermedades inflamatorias crónicas y progresivas que se caracterizan por la alternancia de periodos de actividad y remisión de duración impredecible. Actualmente, el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se basa en la evaluación objetiva de las lesiones intestinales.
La calprotectina fecal es un biomarcador que en los últimos años se ha confirmado como una herramienta útil en el manejo de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Sus principales utilidades son diagnosticar la enfermedad inflamatoria intestinal, detectar la presencia de actividad inflamatoria intestinal, monitorizar la respuesta al tratamiento e identificar la curación mucosa, predecir la recidiva clínica o incluso la recurrencia postquirúrgica. Actualmente, no están claramente definidos sus puntos de cortes óptimos para cada una de estas utilidades. No obstante, su elevada precisión para detectar actividad endoscópica la convierte en una herramienta de gran utilidad que puede permitir realizar un manejo más eficiente de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.
Nuestro laboratorio clínico realiza análisis en el ámbito sanitario, y es necesario estar seguro de que es capaz de proporcionar resultados correctos en los que se pueda confiar o, lo que es lo mismo, que es técnicamente competente para el parámetro calprotectina fecal.
Para nuestros usuarios que requieren este servicio (médicos clínicos y pacientes), conocer que su laboratorio de referencia asegura la máxima competencia técnica es fundamental para garantizar que las decisiones clínicas se toman en base a resultados fiables, se minimizan riesgos para la seguridad del paciente y aumenta la calidad diagnóstica.
El objetivo de calidad de este proyecto es exponer nuestro laboratorio clínico a una auditoria interna para el parámetro calprotectina fecal según la UNE-EN ISO 15189.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es el compromiso del Servicio de Bioquímica Clínica en ampliar la acreditación que asegura la competencia técnica en el proceso de laboratorio de determinación de calprotectina fecal. Para ello se establecerá un sistema documental de todos los procesos (fases preanalítica, analítica y postanalítica) así como objetivos e indicadores que evalúaran periódicamente todas las fases y posibilita la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El objetivo final es el de superar la auditoria interna en un año.

MÉTODO
Las actividades se ajustan a la norma UNE-EN ISO 15189.
1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros
2. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad
3. Valoración del cumplimiento de las especificaciones de calidad
4. Participación en programas de evaluación externa de la calidad
5. Registro de los distintos indicadores
6. Auditoría interna
7. Evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos

INDICADORES
1. Validación del método (S/N)
2. Elaboración del procedimiento técnico de análisis (S/N)
3. Programa de intercomparativos (S/N)
4. Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad: Esperado > 65%
5. Número de Desviaciones/Observaciones en Auditoría Interna: Esperado <10.
6. Resolución de las desviaciones/observaciones procedentes de auditoria interna: Esperado >50%

DURACIÓN
1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos FEAs): Junio 2019
2. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad (TELs y FEAs): Junio 2019
3. Valoración del cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos FEAs): Septiembre 2019
4. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos FEAs): Octubre 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0402

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLOGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

5. Registro de los distintos indicadores (TELs): Diciembre 2019
6. Auditoría interna (Responsables técnicos FEAs y TELs) : Febrero 2020
7. Evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsables técnicos FEAs): Marzo 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 - 2019/0560

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE PROCEDIMIENTO ANALITICO Y CREACION DE UNA VIA PREFERENTE EN PETICIONES URGENTES DE HOSPITAL DE DIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ GARCIA RODRIGUEZ
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ LEZCANO JOSE LUIS
WARD MIGUEL CARLOS
CARBO LATORRE MARIA ANGELES
SOROA PINA EDURNE
ROYO GUALLAR ROSARIO
CARRASCOSA GARCIA FELISA
PEREZ ILIARTE ANA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración, cumplimentación y evaluación de los registros para el control de las demoras: registro de recepción de muestras (tiempos de llegada de muestra e inicio-fin de registro), registro entrada en cadena (número de tubos), centrifugación (cadena o fuera).
- Elaboración, cumplimentación y evaluación de los registros correspondientes a las incidencias de las muestras.
- Priorización de entrada de las muestras de Hospital de Día de Oncología (HDONC) en cadena automatizada y autoanalizadores, a través del proveedor de la cadena automatizada (Beckman) y responsable de Modulab.
- Creación de una nueva tarea para el personal técnico y facultativo en el Sistema Informático del Laboratorio Modulab: Revisión de muestras de HDONC (nueva pestaña para HDONC).
- Creación nueva tarea Modulab: Envío de diluciones manuales de marcadores tumorales directamente al módulo de salida de la cadena.
- Estructuración de los puestos de trabajo de los T.E.L. Nueva distribución de tareas: Revisión de HDONC y creación un nuevo puesto en cadena encargado de los registros y entrada y salida de muestras en cadena.
- Cursos de formación de formación del personal técnico y facultativo implicado en el proceso: en el sistema Power Express – Cennexus, y formación de resolución de errores en cadena automatizada. Realización de registros.
- Realización de instrucciones técnicas para estandarizar el proceso: PROTOCOLO DEL TRABAJO DIARIO CON LOS CONTROLES INTERNOS (PTG-08_6_Z2(E)M_L-BQ).
- Registro, exportación y tratamiento datos estadísticos de los distintos indicadores y reunión trimestral para la evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos. Evaluación trimestral de los indicadores e introducción de posibles mejoras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido automatizar el procesamiento de las muestras procedentes de HDONC como preferentes (incluyendo la centrifugación, destaponado de tubos y carga en cada uno de los analizadores correspondientes), mejorando de esta forma la trazabilidad de todo el proceso y eliminando la necesidad de que tengan que ser procesadas por el personal y en analizadores del laboratorio de urgencias.
El porcentaje de muestras que han sido manipuladas por el personal técnico ha disminuido progresivamente (media 5.5% de muestras manipuladas). En ningún caso supera el 25%.
Las incidencias recogidas que provocan un retraso en la obtención de resultados en las muestras de HDONC son, por orden de importancia:
- Error en la lectura del código de barras de la etiqueta preimpresa que identifica la muestra (generalmente en los equipos de bioquímica general).
- No existe ninguna solicitud de muestra (la petición no se ha registrado, o el registro es incorrecto).
- Problemas de conexión online entre la cadena automatizada y el S.I.L.
- Diluciones manuales de parámetros de Inmunoquímica (marcadores tumorales)
- Fallos puntuales en destaponador.

La demora desde la llegada de las muestras al laboratorio hasta que están registradas en el SIL no ha superado nunca los 35 minutos (en aquellas tandas donde se recibe un gran número de muestras).
La demora desde el registro de la petición hasta la entrada de la muestra en cadena automatizada no ha sobrepasado nunca los 30 minutos, con un tiempo medio de demora de 11 minutos.
Los tiempos de respuesta globales (tiempo medio desde la recepción de la muestra hasta la obtención de resultado) son a) 71 minutos en las muestras recibidas por la tarde y b) por la mañana, 78 minutos para las muestras recibidas antes de las 11 y 113 minutos para las que llegan entre las 11 y las 13 horas. Si en vez del tiempo medio consideramos el percentil 95 (P95) este es 70 minutos para las muestras recibidas antes de las 10:30. Este P95 se duplica (165 minutos) cuando las muestras se reciben entre las 10:30 y las 11 y se cuadruplica si las muestras se reciben más tarde la de la 13:00. Sin embargo, estos tiempos de respuesta son similares a cuando las muestras se procesaban en el laboratorio de urgencias.
El tiempo medio para la validación facultativa de los resultados fue de 12 minutos.
Se ha aumentado el tiempo de almacenamiento de estas muestras hasta 7 días.
Se ha conseguido realizar formación por parte de la casa comercial para el personal técnico y facultativo implicado en el proceso (sistema Power Express – Cennexus, y formación de resolución de errores).
Se ha realizado una instrucción técnica - PROTOCOLO DEL TRABAJO DIARIO CON LOS CONTROLES INTERNOS (PTG-

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0560

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE PROCEDIMIENTO ANALITICO Y CREACION DE UNA VIA PREFERENTE EN PETICIONES URGENTES DE HOSPITAL DE DIA

08_6_Z2(E)M_L-BQ) - que consigue una estandarización del proceso y una mejora en el mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La sistemática de registro manual de las solicitudes de análisis procedentes de HDONC penaliza enormemente los tiempos de respuesta de las mismas. Surge, por tanto, la necesidad de que estas muestras se reciban en el laboratorio ya registradas a través de la petición electrónica, lo que permitiría introducirlas en la cadena con antelación y disminuir el tiempo de respuesta de las mismas. Idealmente las muestras deberían recibirse antes de las 10:30 y no más tarde de las 11:00. En ningún caso más tarde de las 13:00. Otra ventaja que proporcionaría la petición electrónica es que se podría evitar el error derivado de la lectura incorrecta del código de barras de la etiqueta preimpresa que identifica la muestra urgente, ya que esta incidencia es mucho menor con las etiquetas que se imprimen a través de la petición electrónica.
El tiempo de respuesta de las muestras HDONC procesadas mediante la vía preferente se mantiene con respecto a cuando se procesaban en el laboratorio de urgencias. Por lo tanto, la implantación de la vía preferente no ha penalizado la resolutividad del laboratorio y ha permitido liberar de carga de trabajo tanto al personal como a los analizadores del laboratorio de urgencias. Sin embargo, como parece que debería suceder al eliminar carga de trabajo, el tiempo de respuesta del resto de muestras urgentes sólo ha mejorado ligeramente. Estos datos que no se muestran y que son objeto de análisis de un proyecto de mejora del Servicio de urgencias indican que debemos diseñar una nueva sistemática para la optimización de los tiempos de respuesta en el Laboratorio de Urgencias, incluyendo el transporte de las mismas desde el lugar de extracción.

7. OBSERVACIONES.
Durante el periodo analizado se ha producido un incremento de muestras a introducir en la cadena automatizada (muestras procedentes del Hospital Militar, incorporación de la técnica vitamina D en suero, introducción de unas 400 muestras de orina diaria para la determinación de los parámetros bioquímicos con la conexión a la cadena de un nuevo equipo (DXC-AU2). Esto hace que en determinados tramos horarios (fundamentalmente de 11 a 15 horas) se produzca un cuello de botella en la entrada de muestras en los analizadores conectados a la misma.
Todos estos cambios han ido afectando a los tiempos de respuesta de una manera difícil de predecir y, por lo tanto, dificultan alguna de las conclusiones que podemos obtener, ya que la gestión de los flujos de muestras no ha sido constante durante el periodo de tiempo analizado.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/560 ========== ***

Nº de registro: 0560

Título
OPTIMIZACION DE PROCEDIMIENTO ANALITICO Y CREACION DE UNA VIA PREFERENTE EN PETICIONES URGENTES DE HOSPITAL DE DIA

Autores:
GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ, MARTINEZ LEZCANO JOSE LUIS, WARD MIGUEL CARLOS, CARBO LATORRE MARIA ANGELES, SOROA PINA EDURNE, ROYO GUALLAR ROSARIO, CARRASCOSA GARCIA FELISA, PEREZ ILIARTE ANA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Análiticas "urgentes" de Hospital de Día Oncología
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de los procesos asistenciales. Organización interna del Servicio.

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

PROBLEMA
El laboratorio de Urgencias del Servicio de Bioquímica Clínica del HUMS tiene una carga asistencial de unas 500 peticiones diarias. Por razones de tipo organizativo, hace años se adoptó la decisión de remitir las peticiones de análisis de Hospital de Día Oncología (HDONC)en volante urgente. Sin embargo, esto está suponiendo una penalización en los tiempos de respuesta de las peticiones realmente urgentes, ya que puntualmente se pueden llegar a recibir en un corto espacio de tiempo cerca de 100 peticiones de HDONC. Actualmente se sigue una sistemática de registro y procesamiento de muestras manual, incluyendo la centrifugación, destaponado de tubos y carga en cada uno de los analizadores correspondientes.
Se plantea, por tanto, la necesidad de descargar de este trabajo al laboratorio de urgencias y crear una vía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0560

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE PROCEDIMIENTO ANALITICO Y CREACION DE UNA VIA PREFERENTE EN PETICIONES URGENTES DE HOSPITAL DE DIA

preferente para las muestras de HDONC dentro del procesamiento automatizado de las muestras de rutina de Bioquímica General (más de 2500 peticiones/día).

RESULTADOS ESPERADOS
Incluir las muestras procedentes del Hospital de Día de Oncología (HCONC) dentro del proceso automatizado de Bioquímica General para:
- Optimizar tiempos de respuesta en el Laboratorio de Urgencias
- Mantener los tiempos de respuesta para las muestras de HDONC
- Automatizar el proceso disminuyendo la manipulación de muestras
- Mejorar la trazabilidad del proceso
- Aumentar el tiempo de almacenamiento de estas muestras

MÉTODO
- Priorización de entrada de las muestras de HDONC en cadena automatizada y autoanalizadores
- Elaboración de registros para el control de las demoras y tiempos de respuesta
- Elaboración registro de incidencias para estas muestras: diluciones, repeticiones, reclamaciones, etc.
- Creación de una nueva tarea para el personal técnico y facultativo en el Sistema Informático del Laboratorio (SIL): Revisión de muestras de HDONC (detección y resolución de posibles incidencias)
- Cursos de formación en el sistema Power Express - Cennexus
- Realización de instrucciones técnicas para estandarizar el proceso.
- Registro de los distintos indicadores, reunión trimestral para la evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos.

INDICADORES
- Porcentaje de muestras manipuladas y tipo de incidencia (coágulos, diluciones, comprobaciones, etc.)
- Demora desde llegada de las muestras hasta el registro
- Demora desde registro hasta entrada en cadena automatizada
- Evaluación de tiempos de respuesta global en función de los parámetros solicitados (Bioquímica/Inmunoquímica) y de la hora de recepción de muestras
- Comparación con los tiempos de respuesta actuales (procesamiento en el laboratorio de urgencias)
- Registros de formación del personal técnico y facultativo implicado en el proceso.
- Instrucciones técnicas realizadas
- Tiempo de respuesta del resto de muestras urgentes (comparación antes y después de la implementación de la estrategia: evolución mensual)

DURACIÓN
- Marzo-abril 2019: diseño de la estrategia y registros necesarios para la evaluación de los indicadores.
- Mayo-Junio 2019. Implantación de la estrategia y obtención de datos retrospectivos de tiempos de respuesta para el procesamiento urgente
- Julio 2019 – Enero 2020. Evaluación trimestral de los indicadores e introducción de posibles mejoras
- Febrero 2020. Informe final. Resultados obtenidos para las muestras de HDONC y para el resto de muestras urgentes.

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 - 2019/1078

1. TÍTULO

INTRODUCCION AL QUIROFANO PARA TCAE'S

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NOELIA JIMENO JIMENEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLAZQUEZ YUBERO PATRICIA
VAL GARCIA MARIA VICTORIA
ARNILLAS GUILLEN MARIA TERESA
RODRIGUEZ GARCIA ANA CRISTINA
POTENTE BELTRAN MARIA ANGELES
BARRANCO PEREZ MARIA DEL MAR
RIVED CONDON BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.SE HA DEFINIDO EL GRUPO DE TRABAJO Y EL PROYECTO DE MEJORA

2.SE HAN REALIZADO REUNIONES CALENDARIZADAS PARA DEFINIR Y CONSENSUAR LOS PUNTOS DEFINIDOS EN EL PROYECTO:
2.1 ESTRUCTURA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO Y ÁREAS DE TRABAJO (ABRIL 2019)
2.2 CIRCUITO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO (JUNIO 2019)
2.3 DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL Y DOTACIÓN DEL APARATAJE DE CADA QUIRÓFANO (OCTUBRE 2019)
2.4 DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL TCAE EN LOS QUIRÓFANOS DEL BLOQUE A.(DICIEMBRE 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HAN ALCANZADO LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEFINIDOS EN EL PROYECTO:

1.1 CONOCER LA ESTRUCTURA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO Y ÁREAS DE TRABAJO (100%)
1.2 CONOCER EL CIRCUITO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO (100%)
1.3 CONOCER EL MATERIAL Y DOTACIÓN DEL APARATAJE DE CADA QUIRÓFANO, Q1-Q12 (100%)
1.4 CONOCER LAS FUNCIONES DEL PERSONAL TCAE EN LOS QUIRÓFANOS DEL BLOQUE A.(100%)

ACORDE CON LOS INDICADORES DE MEDICIÓN Y EVALUACIÓN:

1.- INDICADOR: ELABORACIÓN DE DOSSIER EN EL QUE SE DEFINA EL APARATAJE Y LAS FUNCIONES DE LAS tcae EN CADA QUIRÓFANO, Q1-Q12. ....EVALUACIÓN :SI
2.-INDICADOR: ENTREGA DEL MANUAL DESARROLLADO ENTRE TODA LA PLANTILLA DE TCAES.....
EVALUACIÓN : (0%, YA QUE ESTAMOS DISEÑANDO EL FORMATO DEL DOCUMENTO PARA REPARTIRLO)
3.-INDICADOR: ENTREGA DEL MANUAL DESARROLLADO AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN. EVALUACIÓN (0%, YA QUE ESTAMOS DISEÑANDO EL FORMATO DEL DOCUMENTO PARA REPARTIRLO)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA SATISFACIÓN DEL EQUIPO HA SIDO POSITIVA EN CUANTO A METODOLOGÍA DE TABAJO Y RESULTADO FINAL . NOS QUEDA PENDIENTE, CÓMO SE HA COMENTADO EN LA EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES, EL DISEÑO DEL DOCUMENTO Y VALORAR LA POSIBILIDAD DE ADAPTARLO A FORMATO TRÍPTICO PARA QUE SEA UN DOCUMENTO ÁGIL EN ALGÚN MOMENTO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1078 ========== ***

Nº de registro: 1078

Título
INTRODUCCION AL QUIROFANO PARA TCAES : FUNCIONES DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
JIMENO JIMENEZ NOELIA, BLAZQUEZ PATRICIA, VAL GARCIA VICTORIA, ARNILLAS MARIA TERESA, RODRIGUEZ ANA CRISTINA, POTENTE MARIA ANGELES, BARRANCO MARIA DEL MAR, RIVED BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1078

1. TÍTULO

INTRODUCCION AL QUIROFANO PARA TCAE'S

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sin patología
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
• En la actualidad, en nuestro centro, debido a la política de recursos humanos vigente, nos encontramos en muchas ocasiones con profesionales que se incorporan a nuestro servicio sin formación ni experiencia en quirófano. Esto despierta una de sensaciones(ansiedad, estrés, agobio..) entre el personal de nueva incorporación que dificultan el aprendizaje del puesto ocupado: hay gran variedad de aparataje, procedimientos y técnicas de las cuales el trabajo de los/as TCAES es fundamental como miembro del equipo, y que en la mayoría de las ocasiones, no se han visto ni manipulado en otros servicios. Y entre el personal con cierta experiencia en el bloque quirúrgico, hay cosas que se desconocen en cuanto a las funciones que deben hacer y cómo hacerlas dependiendo del quirófano en el que se encuentren y la especialidad que atiendan.
Por todo ello creemos que la descripción del puestos de trabajo, como herramienta que consiste en una enumeración de las funciones y responsabilidades que conforman cada uno de los puestos del centro, sería muy útil y beneficiosa para todos.
La descripción de las funciones a realizar en el puesto permite que los trabajadores realicen mejor y con mayor facilidad sus labores, si conocen con detalle cada una de los procedimientos que se realizan y los requisitos necesarios para hacerlas bien. Asimismo engloba una descripción de los conocimientos, habilidades, actitudes, aptitudes y experiencia que deberían tener las personas que lo ocupen, definiendo el perfil requerido del puesto.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS GENERALES:

• Definir la funciones de las TCAE dentro de los quirófanos del Bloque quirúrgico A.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

• - Conocer la estructura del bloque quirúrgico y las áreas en las que se divide el quirófano
• - Conocer el circuito perioperatorio del paciente quirúrgico.
• - Conocer el material y la dotación de aparataje de cada quirófano.
• - Aprender la correcta utilización y desinfección del aparataje .
• - Diferenciar los miembros y las funciones de los que componentes del equipo quirúrgico
• - Conocer las funciones de la TCAE de quirófano como miembro integrante del equipo quirúrgico.

MÉTODO
• Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
• Elaboración de un dossier en el que se defina el aparataje y funciones de la TCAE en cada quirófano (Q1-Q12).

INDICADORES
• - Elaboración de un dossier en el que se defina el aparataje y funciones de la TCAE en cada quirófano (Q1-Q12).
Manual realizado- SI

• Entrega del manual desarrollado entre toda la plantilla de TCAES

El 100% de los profesionales de la plantilla de TCAES tiene el manual con la descripción de las funciones.

• Entrega del manual desarrollado al personal de nueva incorporación TCAES

El 90% de los profesionales de nueva incorporación reciben el manual de acogida

DURACIÓN
1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.

• marzo 2019

2.- Elaboración de un dossier en el que se defina el aparataje y funciones de la TCAE en cada quirófano (Q1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1078

1. TÍTULO

INTRODUCCION AL QUIROFANO PARA TCAE'S

-Q12).

- 1-2º semestre 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 - 2019/1080

1. TÍTULO

INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO.PROGRAMA DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL BLOQUE QUIRURGICO A

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA TERESA YUBERO MORALES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ
BADESA PEÑA ANA ISABEL
MARZO MOLES PILAR
RODRIGUEZ GRANDE ROSA MARIA
SAGARDOY MUNIESA LORENA MARIA
VALENTIN FRANCOS ALBERTO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIONES PERIÓDICAS DEL EQUIPO EN LAS QUE SE HA TRABAJADO EN LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO. NOS HEMOS CENTRADO EN LA ELABORACIÓN DEL MANUAL COMPUESTO POR LOS SIGUIENTES APARTADOS:
MAYO. REALIZADA LA PARTE DEL PROYECTO DEDICADA A ANESTESIA.
JUNIO: REALIZADA LA PARTE DEL PROYECTO QUE TRATA DE LA PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO, MONTAJE DEL CAMPO QUIRÚRGICO, APARATAJE Y ALMACENES.
OCTUBRE: REALIZADA LA PARTE DEL PROYECTO DEDICADA A LAS POSICIONES QUIRÚRGICAS, FUNGIBLE BÁSICO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS TOP TRACK.
DICIEMBRE: RESUMEN GLOBAL DEL PROYECTO Y ELABORACIÓN DEL MANUAL.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ELABORACIÓN DE UN MANUAL DE UN MANUALA DE ACOGIDA EXPLICANDO EL CIRCUITO DE QUIRÓFANO,TRÁNSITO DEL PACIENTE DENTRO DEL BLOQUE,ASÍ COMO LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA, ENFERMERA CIRCULANTE Y ENFERMERA DE ANESTESIA. RESULTADO ALCANZADO 100%.
ENTREGA DEL MANUAL AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN, TANTO PERSONAL FIJO COMO EVENTUAL. RESULTADO ALCANZADO 90%.
CALENDARIZACIÓN DE SESIONES PRÁCTICAS. OBJETIVO A ALACANZAR 90%.
SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN. OBJETIVO ALACANZADO 80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACIÓN DEL EQUIPO ES POSITIVA, EN EL SENTIDO QUE NOS HA PERMITIDO PLASMAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRABAJO A REALIZAR EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO. A SU VEZ FACILITA A LOS COMPAÑEROS DE NUEVA INCORPORACIÓN EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES EN ESTE SERVICIO.
PENSAMOS QUE EL PROYECTO TIENE SOSTENIBILIDAD Y PROYECCIÓN EN UN FUTURO PORQUE HAY PERIODOS A LO LARGO DEL AÑO EN LOS QUE TENEMOS UN GRAN VOLUMEN DE PERSONAL NUEVO EN EL BLOQUE.
DEBIDO A LA GRAN PARTICULARIDAD DEL TRABAJO A DESARROLLAR, CREEMOS QUE SE NECESITA UNA FORMACIÓN AL INICIO DE LA INCORPORACIÓN.
LAS SESIONES PRÁCTICAS NO SE HAN PODIDO REALIZAR CON EL PERSONAL QUE HUBIÉSEMOS QUERIDO ABORDAR POR NO COINCIDIR CON LOS PERIODOS DE CONTRATACIÓN Y PERIODOS VACACIONALES DE LOS MIEMBROS EQUIPO DE ESTE PROYECTO.

7. OBSERVACIONES.
DEBIDO A LO EXPUESTO ANTERIORMENTE SOLICITAMOS UNA PRÓRROGA DEL PROYECTO POR CONSIDERAR QUE LAS SESIONES PRÁCTICAS DEBERÍAN SER IMPLEMENTADAS AL MAYOR NUMERO DE PERSONAL POSIBLE Y ESTO SUELE COINCIDIR CON LA CONTRATACIÓN DE LOS PROFESIONALES PARA CUBRIR VACACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1080 ========== ***

Nº de registro: 1080

Título
INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO “: PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN BLOQUE QUIRURGICO A

Autores:
YUBERO MORALES ANA, AGUAVIVA BEATRIZ, BADESA ANA, RODRIGUEZ ROSA, SAGARDOY LORENA, VALENTIN FRANCOS ALBERTO, MARZO MOLES PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1080

1. TÍTULO

INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO.PROGRAMA DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL BLOQUE QUIRURGICO A

Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología: profesionales sanitarios
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los planes de acogida a personal de nueva incorporación, se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización. Sin embargo, cuando hablamos además de seguridad del paciente quirúrgico, ambos conceptos se interrelacionan directamente.

En la actualidad, en nuestro centro, debido a la política de recursos humanos vigente, nos encontramos en muchas ocasiones con profesionales que se incorporan a nuestro servicio con poca trayectoria profesional y en otros casos con amplia trayectoria como enfermeros, pero sin formación ni experiencia en quirófano.
Esto despierta estrés, ansiedad y desánimo en el personal de nueva incorporación y sobrecarga entre los diferentes profesionales que integran el equipo asistencial y velan por la seguridad del paciente quirúrgico.
El bloque quirúrgico es una de las áreas asistenciales en las que el profesional además de tener unas habilidades y competencias determinadas, debe de desarrollar una serie de procedimientos y técnicas muy específicos de los que tiene que ser conocedor y que son básicos y fundamentales para poder desarrollar su trabajo.
La falta de éstos provoca que la incorporación al servicio sea dificultosa, frustrante y desmotivadora cosa que conlleva una curva de aprendizaje muy lenta y atenta contra la seguridad del paciente.

Contar con un manual de acogida complementado con sesiones prácticas para las enfermeras que se incorporan a nuestro servicio siguiendo los protocolos de actuación de cada una de las áreas del centro, va a contribuir de manera favorable a mejorar,

- el nivel competencial,
- la integración en el equipo
- la satisfacción laboral del personal
- la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo
- la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización
- la calidad asistencial en términos de seguridad del paciente quirúrgico.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS GENERALES:

• Proporcionar al personal de nueva incorporación la información general más útil para la integración en el el bloque quirúrgico, pastilla A.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

• - Conocer la estructura del bloque quirúrgico y las áreas en las que se divide el quirófano
• - Conocer el circuito perioperatorio del paciente quirúrgico.
• - Conocer el procedimiento de acogida del paciente al bloque quirúrgico
• - Aprender a montar y mantener un campo estéril y seguro para el paciente y los profesionales
• - Diferenciar los miembros y las funciones de los que componentes del equipo quirúrgico
• - Conocer las funciones de la enfermera de anestesia, enfermera circulante y enfermera instrumentista.
• - Conocer los diferentes tipos de anestesia, fármacos más utilizados, materiales necesarios y recursos de los que se dispone en el bloque quirúrgico así como posibles complicaciones.
• - Conocer los aparatos básicos utilizados en quirófano, así como su mantenimiento.
• - Aprender a realizar un traslado del paciente desde la mesa del quirófano hacia la unidad del despertar/ REA/ UCi

MÉTODO
• Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
• Elaboración del manual de acogida para el personal de nueva incorporación en el bloque quirúrgico, pastilla A.
• Calendarizar sesiones prácticas en las fases de mayor contratación de personal.
• Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1080

1. TÍTULO

INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO.PROGRAMA DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL BLOQUE QUIRURGICO A

1. Elaboración del manual de acogida para el personal de nueva incorporación-
• Manual realizado- SI

2. Entrega del manual de acogida –
• El 90% de los profesionales de nueva incorporación reciben el manual de acogida

3. Calendarización de la sesiones prácticas.

El 90% de las sesiones calendarizadas en relación a los periodos de mayor contratación de personal.

4. Satisfacción de los profesionales de nueva incorporación con la acogida recibida en el centro
• El 80% de los profesionales están satisfechos

DURACIÓN
1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
• Febrero 2019

2. Elaboración de un manual de acogida para el personal de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades

• 1º/2 ºsemestre 2019

3. Calendarización de las sesiones a impartir.

3. Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación a los centros médicos de especialidades

• 2º semestre 2019. Se valorará cuando se acabe la documentación a entregar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

Fecha de entrada: 22/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERGUA MARTINEZ CLARA
LAPERAL MUR JOSE RAMON
FUERTES FERRE GEORGINA
LASALA ALASTRUEY MARIA
MARCEN MIRAVETE ANA
OLORIZ SANJUAN TERESA
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Durante el año 2019 se han llevado a cabo 10 reuniones del GRUPO MULTIDISCIPLINAR (25/01, 28/02, 28/03, 2/05, 05/06, 24/07, 19/09, 24/10, 21/11 y 18/12), integrado por las diferentes Subdirecciones Médicas y de Enfermería de Atención Primaria y Atención Especializada del hospital Miguel Servet (HUMS), así como profesionales médicos y de enfermería de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada cardiológica (AE cardiológica), del ámbito hospitalario y ambulatorio. Sumadas a las 10 reuniones realizadas durante el año 2018, son 20 las reuniones realizadas por el grupo desde su creación el 16 de abril de 2018.
De todas las reuniones se ha levantado un acta donde se recogen todos los aspectos/consensos tratados/acordados por el grupo que, posteriormente, se ha enviado a todos los integrantes y firmada en la siguiente reunión.
A parte de los integrantes del grupo, diferentes profesionales sanitarios han sido invitados a participar en las sesiones con el objeto de mejorar la toma de decisiones:
• Dr. José María Turon (Coordinador de calidad del Sector Alcañiz), quien nos presentó el proceso que ha elaborado de Insuficiencia cardiaca en Atención Primaria, pendiente de ser aprobado por el SALUD (11ª reunión – 25/01/2019)
• Dras María Lasala y Ana Marcen, cardiólogas del HUMS, como responsables de la consulta de diagnóstico rápido y del proyecto de mejora de la U. de insuficiencia cardiaca en el HUMS (12ª, 13ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª y 20ª).
• Dra. Marisa Sanz y Dña Pilar Gil (enfermera adscrita a la Unidad de IC) como responsables de la Unidad de IC del HUMS (13ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª y 20ª).
• Dra Pilar Figueras (Jefe de Servicio de Medicina Interna del HUMS) y Dr. Alfonso García (Responsable de la U. de crónico complejo del HUMS)- (15ª, 16ª, 17ª, 18ª y 20ª).
• Dra. Beatriz Ordoñez (Presidenta de la Sociedad Aragonesa de Cardiología) - (15ª reunión).

2. Durante el año 2019 se han realizado 84 sesiones clínicas presenciales en los 18 centros de salud (CS) del sector sanitario Zaragoza II (3 de los cuales en el área rural) a cargo del cardiólogo responsable:
1. CS ALMOZARA – Dra Ortas - 7 sesiones presenciales (13/02, 13/03, 10/04, 08/05, 12/06, 18/09, 27/11)
2. CS CAMPO DE BELCHITE – Dr. Laperal – 1 sesión presencial (10/12/18) y 1 conexión virtual mediante videoconferencia (Spontania) (22/01)
3. CS FERNADO EL CATÓLICO – Dra. Bergua – 5 sesiones presenciales (19/03, 30/04, 13/06, 15/10, 19/11)
4. CS FUENTES DE EBRO – Dr. Brun - - 1 sesión presencial (07/5) y 1 conexión virtual mediante videoconferencia (Spontania) 11/06
5. CS- FUENTES NORTE – Dr. Cordón y actualmente Dr. Brun – 7 sesiones presenciales (27/03, abril, 29/05, 2/07, 18/09, 23/10, 18/12)
6. CS PARQUE ROMA – Dr. San Pedro – Interrumpidas por problemas internos del centro. En marcha su reanudación.
7. CS PUERTA DEL CARMEN – Dr. San Pedro – 4 sesiones presenciales (19/09, 23/10, 21/11, 18/12)
8. CS REBOLERÍA – Dra. Bergua – 6 sesiones presenciales (16/01, 20/02, 23/05, 12/06, 06/11, 12/12,)
9. CS SAN PABLO – Dr. Chopo – 6 sesiones presenciales (7/02, 28/03, 02/05,04/07, 07/11, 19/12)
10. CS. SÁSTAGO - Dr. Laperal - 1 sesión presencial (18/03) y 1 conexión virtual mediante videoconferencia (Spontania) 24/06
11. CS. TORRERRAMONA – Dr. Díaz y actualmente Dr. Brun – 1 sesión el 21/01/20
12. CS. TORRERO-LA PAZ – Dra Aured y actualmente Dra. Lasala -4 sesiones presenciales (17/01, 23/05, 19/06, 18/12)
13. CS. MIRAFLORES – Dr. Brun: 1 sesión presencial (13/05)
14. CS. RUISEÑORES – Dr. Chopo – 5 sesiones presenciales (13/05, 04/06, 11/07, 26/09, 28/11)
15. CS SAN JOSÉ CENTRO – Dr. Laperal - 8 sesiones presenciales (24/01, 21/02, 25/04, 23/05, 27/06, 12/09, 24/10, 5/12)
16. CS. SAN JOSÉ NORTE – Dr. Laperal - 8 sesiones presenciales (24/01, 21/02, 25/04, 23/05, 27/06, 12/09, 24/10, 5/12)
17. CS SAN JOSE SUR- Dr. Castillo y actualmente Dr. Chopo – 7 sesiones presenciales (19/02/30/0413/05, 04/06, 11/07, 26/09, 28/11)
18. CS VENECIA – Dra. Bergua – 9 sesiones presenciales (17/01, 12/02, 26/03, 30/04, 21/05, 18/06, 22/10, 27/11, 17/12)

Estas sesiones clínicas tienen como objetivos:

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

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

1. Visita de inicio por parte de la responsable del Servicio para informar sobre el proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico como forma de trabajo habitual.
2. Resolución de casos complejos in situ.
3. Facilitar la propagación de los diferentes protocolos aprobados por el Grupo Multidisciplinar a todos los médicos de AP.
4. Formación en patología cardiovascular.
5. Mejora en la comunicación y entendimiento entre los dos niveles asistenciales.

Actualmente, nos encontramos en vías de programación de sesiones clínicas virtuales con los centros de salud rurales mediante el uso del programa de SKYPE, ya que el programa de Spontania dificulta la comunicación en estos centros fuera del área urbana.

3. A través de la interconsulta virtual se ha iniciado la solicitud de una determinada prueba (holter de 24 horas) en pacientes muy seleccionados, sin necesidad de una consulta presencial y con tiempos de respuesta más cortos. Este nuevo formato se ha puesto en marcha en el CS de Almozara, con bastante buena acogida por parte de los médicos de AP. En las próximas semanas se decidirá su extensión a otros CS.

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

5. Se han formado tres grupos de trabajo en la U. de Hemodinámica para protocolizar diferentes procesos asistenciales:

1. Informe de continuidad de cuidados asistenciales tras un procedimiento en la Unidad de hemodinámica. Coordinadora: Supervisora Dña Paula Alba
2. Protocolización del tto anticoagulante pre y post procedimiento intervencionista cardiaco. Coordinadora: Dra. Georgina Fuertes
3. Protocolización de los procesos pre y post intervencionismo en cardiopatía estructural. Coordinadora: Dra. Cruz Ferrer

6. Se han formado tres grupos de trabajo en la U. de Arritmias y Electrofisiología para protocolizar diferentes procesos asistenciales:

1. Proyecto de mejora de la consulta de seguimiento de marcapasos. Coordinador: Dra. Rodrigo Gallardo
2. Protocolización del proceso de cardioversión eléctrica. Coordinadora: Dra. Naiara Calvo.
3. Protocolización del proceso de consulta externa en arritmias. Coordinadora: Dra. Teresa Oloriz.

7. A lo largo de este año se han llevado a cabo en el servicio se han llevado varios proyectos asistenciales, recogidos en el ACUERDO DE GESTIÓN del servicio, algunos de los cuales relacionados con este proyecto:

1. Proyecto de CHECK-LIST en el que en su 2º año, se han revisado la presencia de buzones y citaciones pendientes de consulta en los centros médicos de especialidades, en el 100% de todos los ingresos. Se han anulado todos aquellos que se consideraban innecesarios o redundantes. El paciente ha sido informado mediante el envío de una carta personalizada por parte de la jefatura del servicio explicando los motivos de su anulación.

2. Proyecto de DERIVACIÓN AP-AE cardiológica donde se ha protocolizado la actuación conjunta en determinados procesos asistenciales:
- Protocolización del proceso asistencial compartido de insuficiencia cardiaca
- Protocolización del proceso asistencial compartido de fibrilación auricular
- Protocolización del proceso asistencial compartido de arritmias
- Protocolización del proceso asistencial compartido de valvulopatías
- Protocolización del proceso asistencial compartido de hipercolesterolemia

3. Proyecto de DIGITALIZACIÓN DEL ECG en la HCE en toda el área cardiológica. Este año con el foco puesto en la digitalización del área cardiológica intrahospitalaria y hospital de día.

8. Dentro del grupo de AP-AE cardiológica se ha creado un grupo de trabajo de enfermería, con participación de personal hospitalario, ambulatorio y de atención primaria. Actualmente se está trabajando en la creación de un informe de continuidad de cuidados de enfermería tras una hospitalización de un paciente en la planta de cardiología, que estará integrado en la HCE de cada paciente junto al informe médico. Junto a ello, se está estudiando la forma de mejorar la comunicación de la enfermería entre los dos niveles asistenciales que permita la continuidad de los cuidados de estos pacientes, antes incluso de que ellos mismos la soliciten.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Mantenimiento reuniones mensuales del grupo multidisciplinar AP-AEc. Reuniones mensuales
- 10 reuniones mensuales del grupo multidisciplinar AP-AE cardiológico durante el año 2019. 20 en total desde su inicio en abril de 2018

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

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

2.- Realización de una sesión formativa sectorial multidisciplinar acreditada
• Realizada el 21 de noviembre de 2019. Acreditada por la Formación continuada de profesiones sanitarias de Aragón. Duración 5 horas.

3.- Porcentaje de interconsultas contestadas a través de la plataforma virtual en un plazo =96 horas (estándar = 50%)
• De todas las interconsultas virtuales solicitadas desde AP de lunes a viernes, el 80.4 % se contestaron en un tiempo menor o igual a 96 horas (U. de gestión del HUMS)

4.- Porcentaje de interconsultas resueltas de forma no presencial (Estándar = 22%)
• El 33.5% de las interconsultas de AP fueron resueltas de forma no presencial (U. de gestión del HUMS)

5.- Porcentaje de consultas externas presenciales con implantación de HCE y evolución clínica en la plataforma de HCE (Estándar = 60%)
• El 95% de las consultas externas del servicio de cardiología tienen implantado el uso de la HCE como herramienta habitual. El servicio de cardiología es uno de los servicios médicos con más entradas en HCE en general (Dirección Médica HUMS)

6.- Revisión y elaboración de protocolo de derivación a consultas monográficas intraservicio (Insuficiencia cardiaca y Congénitas del adulto) - (control intraservicio y ACUERDO DE GESTIÓN)
• Se ha elaborado un protocolo de derivación intraservicio a la Unidad de Insuficiencia cardiaca. Actualmente en vías de su extensión mediante la creación de circuitos bidireccionales con el S. de Medicina interna y la U. de crónico complejo.
• Está pendiente la elaboración de la creación de un protocolo para la derivación intraservicio a la U. de congénitas del adulto.

7.- Protocolización de criterios de indicación/adecuación estudios electrofisiológicos (control intraservicio y ACUERDO DE GESTIÓN)
• Se han protocolizado los siguientes procesos en de la U. de arritmias, electrofisiología y electroestimulación
• Proyecto de mejora de la consulta de seguimiento de marcapasos.
• Protocolización del proceso de cardioversión eléctrica.
• Protocolización del proceso de consulta externa en arritmias.

8.- Protocolización de criterios de indicación/adecuación cateterismos cardiacos (control intraservicio y ACUERDO DE GESTIÓN)
• Se han protocolizado los siguientes procesos en de la U. de hemodinámica y cardiología intervencionista
• Informe de continuidad de cuidados asistenciales tras un procedimiento en la Unidad de hemodinámica.
• Protocolización del tto anticoagulante pre y post procedimiento intervencionista cardiaco.
• Protocolización de los procesos pre y post intervencionismo en cardiopatía estructural.

9.- Definición de un modelo de consulta de enfermería en los CS para el seguimiento de pacientes con enfermedad cardiovascular (Grupo multidisciplinar AP-AE cardiológica con participación de las Subdirecciones Médicas médica y enfermería)
• Se ha creado un grupo de trabajo de enfermería, con participación de personal hospitalario, ambulatorio y de atención primaria, dentro del grupo de AP-AE cardiológica, con al menos tres reuniones durante este año. Se está analizando la forma de mejorar la comunicación de la enfermería entre los dos niveles asistenciales.

10.- Porcentaje de ecocardiograma transtorácicos ambulatorio realizado en <30 días desde su petición (Estándar = 32%) (U. de gestión del HUMS)
• El 80.4% (504 ecocardiogramas) de todos los ecocardiogramas solicitados y realizados en la U. de pruebas funcionales se han hecho en un tiempo menor o igual a 30 días

11.- Porcentaje de consultas 1er día PREFERENTES presenciales derivadas desde AP por patología cardiaca y resueltas en =30 días (Estándar = 60%) (U. de gestión del HUMS)
• El 77% (396 consultas) de las consultas de 1er día solicitadas con carácter preferente solicitadas al CME S. José fueron resueltas en un tiempo igual o inferior a 30 días
• Esta evaluación no se puede realizar en el CME de Ramón y Cajal puesto que no se recoge de forma habitual, según información de la Dirección de Gestión del HUMS.

12.- Porcentaje de consultas presenciales de primer día derivadas desde ICV a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en =15 días (Estándar = 80%) (U. de gestión del HUMS)
• El 86.8% (383 consultas) de las consultas presenciales derivadas desde la ICV a la Unidad de Diagnóstico rápido de cardiología fueron resueltas en un tiempo igual o inferior a 15 días.

13.- Número de pacientes con implante actual de marcapasos al que se le entrega home-monitoring en la consulta de MCP. Control sin cita (Estándar = 30%) - (ccontrol interaservicio y proyecto includio en el acuerdo de gestión)
• El proyecto de mejora de la consulta de seguimiento de marcapasos y su duplicidad, con la creación de una consulta propia a cargo exclusivamente del personal de enfermería (paralela a la consulta médica por parte de un electrofisiólogo) ha supuesto mucho tiempo y esfuerzo, así como formación de dicho personal que no ha permitido otro tipo de formación simultanea ni la estandarización del proceso del home monitoring en nuestro medio. Motivo por el que no se alcanzado este objetivo.

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

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

• Actualmente está en marcha la creación de una agenda no presencial en el HIS para poner en marcha esta actividad, así como la formación específica del personal de enfermería (incluso con estancias fuera del hospital). Todo ello necesario para la puesta en marcha de la monitorización remota de calidad.
• Por otra parte, se está diseñando un modelo de monitorización remota que podría implantarse en la consulta de enfermería de cada uno de los 18 centros de salud y permitiría la incorporación de pacientes portadores de marcapasos que actualmente no disponen de este dispositivo en su domicilio, al control telemático.

14.- Porcentaje de altas en el S. de Cirugía Cardiaca del HUMS, tras cirugía cardiaca mayor, con cita en consulta de cardiología en la toda la comunidad aragonesa (Estándar = 60%) (Control intraservicio)
• El 100% de todos los informes de alta dados de pacientes provenientes del servicio de cirugía cardiaca tras una cirugía cardiaca mayor durante el año 2019 que, por diversas circunstancias, no han entrado en el programa de Rehabilitación Cardiaca del HUMS, se han enviado a sus respectivos servicios de cardiología en su área sanitaria por medio del servicio de cardiología del HUMS, que ha hecho de intermediario.
• En la evaluación posterior, más del 80% tenían una cita en HCE o habían sido vistos a los 60 días y el resto se encontraba en buzón pendiente de citación.

15. Porcentaje de revisión de citas/buzones pendientes al alta hospitalaria (Estandar = 80%) (Control intraservicio e incluido en el Acuerdo de Gestión)
• Se ha revisado el 100% de la HCE de los pacientes dados de alta en el servicio durante el año 2019, con el propósito de detectar citas y buzones pendientes en consultas externas de cardiología, redundantes y susceptibles de ser anulados. Los resultados son:
o 396 citas detectadas, de las cuales se han anulado 48 (12%)
o 311 buzones pendientes de citación, de los cuales se han anulado 231 (74%)
o 279 (citas y/o buzones) anulados por ser considerados redundantes e innecesarios.

Como resumen, los resultados expuestos representan un alcance en general optimista del de los objetivos planteados en el proyecto, aunque no sea de forma completa. La previsión es su consecución durante el primer trimestre del año. Resultados que, por otra parte, nos han permitido conseguir la acreditación SEC-EXCELENTE en ATENCIÓN PRIMARIA según el programa de calidad de la Sociedad Española de Cardiología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Grupo AP-AE cardiológico multidisciplinar sigue siendo un foro muy importante para la creación de protocolos locales de aquellos procesos asistenciales prevalentes y decisivos en la patología cardiovascular de nuestro sector.

Las sesiones clínicas presenciales a los diferentes CS por parte del cardiólogo responsable, siguen permitiendo mejorar claramente la relación entre los profesionales de los dos niveles asistenciales, aunque su frecuentación es algo dispar por lo que habrá que evaluar la situación centro por centro. La mejoría en la resolución de la interconsulta virtual es también uno de sus beneficios. Hemos tenido problemas en la comunicación con los centros de salud del área rural que esperamos resolver con la introducción de otro sistema de comunicación diferente. Problemas de índole organizativa también han dificultado las sesiones en algún otro centro de salud, en vías de resolución.

La colaboración activa de todos los miembros implicados en el Grupo AP-AE cardiológico y de Staff del propio Servicio de cardiología, ha sido clave para la consecución de buena parte de los objetivos planteados.

Existen procesos asistenciales diagnóstico/terapéuticos intraservicio pendientes de ser abordados para su protocolización en los próximos meses. El propósito de todos ellos es dar una papel relevante y necesario al personal de enfermería, en muchas ocasiones de forma autónoma lo cual requiere formación de calidad y tiempo, que en ocasiones se infraestima.

Todas estas actividades realizadas y objetivos conseguidos siguen proporcionando una mejoría constante de la mayoría de los indicadores de gestión del servicio que en definitiva, persiguen la mejor atención posible a nuestros pacientes, sustentada en una excelente relación entre los profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales.

7. OBSERVACIONES.
La información y el conocimiento sobre el Proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico a la población general/pacientes del sector II ha mejorado durante este año y sigue considerándose clave para su seguimiento. Es importante seguir en este camino para que la población general entienda el papel preponderante que el médico de AP tiene en la gestión de la enfermedad cardiovascular, siempre respaldado por el médico de AE cardiológica, mediante una respuesta rápida y, en muchas ocasiones resolutiva, a través de la interconsulta virtual y con las sesiones conjuntas presenciales en cada uno de los 18 CS de nuestro sector

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

Nº de registro: 0135

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

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

Título
RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan un elevado número de personas en nuestro medio y son la principal causa de mortalidad y discapacidad. Es frecuente que la respuesta de las unidades de atención especializada (AE) a los pacientes se retrase más tiempo del que se considera óptimo, y se debe, en gran medida, a la sobrecarga asistencial sobre todo por el volumen de revisiones rutinarias en las que el especialista aporta muy poco o nada de valor añadido respecto a la proporcionada por el médico de Atención Primaria (AP). La propuesta esencial es trabajar en equipo con protocolos coordinados para liberar las consultas especializadas de visitas sucesivas de escaso valor, y aumentar la disponibilidad para las visitas más importantes, pacientes nuevos o desestabilizaciones.
El proyecto se plantea a 3 años: 1º: Diagnóstico del paciente 2º: Diagnóstico y tratamiento de paciente, electrofisiología, hemodinámica y trazabilidad. 3º: Cirugía cardiaca, idoneidad del paciente derivado a cirugía, UCI, RHB.
Se debe contar desde el principio con la implicación y colaboración de los profesionales que participan en la asistencia al paciente cardiológico. Son ellos los que deben estar motivados para participar en el rediseño y creación de los circuitos necesarios para mejorar entre todos la asistencia a nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Fundamental:
Mejorar la atención que se presta a los pacientes cardiológicos, mediante la redefinición de las tareas que los profesionales de AP y AE deben asumir de manera coordinada en la atención a pacientes con sospecha o ECV ya conocida.
Específicos:
- Reducir la demora para primeras visitas en las consultas de Cardiología de los centros médicos de especialidades (CME) de nuestro sector.
- Mejorar la relación AP-AE para la derivación de pacientes con sospecha de enfermedad cardiológica.
- Depurar posibles problemas médicos y administrativos en el curso de las interconsultas virtuales y presenciales.
- Mejorar las indicaciones de pruebas diagnósticas cardiológicas.
- Reducir la demora para la realización de pruebas diagnósticas cardiológicas.
- Revisar los buzones de consultas y pruebas complementarias cardiológicas para depurar redundancias.
- Favorecer el seguimiento del paciente y la continuidad de cuidados por parte de la enfermera.

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

INDICADORES
Interconsultas contestadas a través de la plataforma virtual en un plazo =7 días =95%

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

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0380

1. TÍTULO

GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS PORRES AZPIROZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FAÑANAS MASTRAL JAVIER
GARCIA MANGAS PILAR
SANCHO VAL ISABEL
GIL PEREZ DESIRE
VILLUENDAS USON MARIA CRUZ
PALACIAN RUIZ MARIA PILAR
TIRADO ANGLES GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el presente año se ha continuado con el registro de casos prospectivo por parte de los miembros de las diferentes unidades en sus respectivos ámbitos. Queda pendiente diseñar un sistema de control de calidad de los datos introducidos. Se ha efectuado un cuadro resumen de los casos registrados y de las variables principales sobre los mismos. Se han diseñados los tres procedimientos citados en la memoria del proyecto. Finalmente, se han realizados sesiones periódicas de los miembros del proyecto.

Se han realizado tres documentos de recomendaciones en los tres aspectos citados al inicio del desarrollo del proyecto: Sobre el procedimiento de derivación y traslado de los pacientes, sobre la recogida de muestras microbiológicas, así como en el uso de las técnicas de ecocardiograma en el con diagnóstico de endocarditis bacteriana a nuestro centro.
Se han realizado ocho reuniones durante el año donde se han discutido los diferentes aspectos del diseño de procedimientos, así como en diversos aspectos del cuidado y tratamiento de estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han documentado 32 casos. Lo que supone una incidencia de 2.43 casos por 100.000 habitantes (si tomamos como denominador la población de Aragón, dado su carácter de centro de referencia). Si tomamos como incidencia teórica la mostrada en la literatura (2.7 casos/100000 hab.) se han registrado más del 90% de los casos, más si se tiene en cuenta la existencia de casos tratados en otros centros de la comunidad.
Una mortalidad en nuestros casos del 15%. (menor del 20% tomado como indicador). Estancia media de 37.62 días. 100% de casos completados en cada unidad. La terapia antibiótica ha sido pautada según guías en un 97% de los casos. Se produjeron tres casos de EI precoz y 3 sobre dispositivos (en ambos casos, mucho menores al 5% de los implantes del indicador).
En cuanto a la etiología microbiológica, prácticamente un 50% de los casos son producidos por Stafilococos (S. Aureus 33%, S. Epidermidis 19%), S. Oralis 14%, Enteroco Faecalis 5%, El resto de los gérmenes se presentan en casos únicos o escaso porcentaje.
Se ha procedido a elaborar recomendaciones sobre diagnóstico microbiológico y recogida de muestras, recomendaciones sobre el uso de la ecocardiografía en el diagnostico con endocarditis y un consenso para las actuaciones en la derivación desde otros centros de pacientes que requieran cirugía o técnicas no disponibles en otros centros en pacientes con endocarditis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestros indicadores están sobre lo referido en la literatura. A destacar, el escaso número de infecciones sobre dispositivos y E. Precoz, más si se tiene en cuenta el alto volumen de implantes en ambos casos.
Desde el punto de vista microbiológico, destacar, la gran proporción de Stafilococus en los casos registrados, en probable relación con bacteriemias relacionadas con los cuidados médicos.
Con el tiempo, sería muy útil contar con la colaboración de personal administrativo o becarios para recolección de datos. Aspiramos, en un futuro, a extender este registro a otros centros de la Comunidad.

7. OBSERVACIONES.
El grupo de trabajo ha tenido grandes dificultades para la realización de las reuniones, dada la presión asistencial, imposibilidad material de reunir a todos los integrantes en todas las reuniones por las diferentes agendas y actividades que realizan en el día a día.
La diferencia en intereses dentro de los múltiples aspectos de tratamiento y cuidado de los pacientes con endocarditis obligan a un registro de gran cantidad de información, por tanto, requieren gran cantidad de trabajo de recolección de información (más, si se tiene en cuenta, en ineficiente sistema de historia electrónica del que se dispone en la actualidad).

*** ========== Resumen del proyecto 2019/380 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0380

1. TÍTULO

GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Nº de registro: 0380

Título
GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Autores:
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, FAÑANAS MASTRAL JAVIER, GARCIA MANGAS PILAR, SANCHO VAL ISABEL, GIL PEREZ DESIRE, VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, PALACIAN RUIZ MARIA PILAR, TIRADO ANGLES GABRIEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La endocarditis infecciosa constituye una patología grave, que requiere para su tratamiento y diagnóstico, la colaboración de profesionales de varias especialidades.

El pasado año 2018, se constituyó un grupo de trabajo para proceder al registro de los casos de endocarditis infecciosa diagnosticados en nuestro centro. Se ha iniciado el registro descrito en el proyecto (2018/0780) del pasado año.
Sin embargo, hemos detectado una enorme variabilidad en el tratamiento y medidas adoptadas en paciente con esta patología.
Es importante disminuir la variabilidad en el tratamiento, mejorar el tiempo de diagnoóstico y tratar de proporcionar a los pacientes con esta patología los dispositivos asistenciales más adecuados según su complejidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminución de la variabilidad en el tratamiento y manejo de los pacientes con endocarditis infecciosa en nuestro centro. Mantener activo el registro de casos para aumentar el conocimiento de esta patología en nuestro medio.

MÉTODO
Continuación del registro de casos, ya iniciado, e introducción de ajustes en su funcionamiento y mejora durante todo el año.
Elaboración de un documento de recomendaciones sobre diagnóstico microbiológico y procedimiento de recogida y envío de muestras (hemocultivos, PCR, cultivo valvular, etc..).
Redacción de un protocolo de utilización del ecocadiograma transtorácico y transesofágico en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes.
Establecimiento de un protocolo de derivación desde otros centros, de pacientes con endocarditis aguda, que requieran tratamiento quirúrgico o técnicas especiales disponibles en nuestro centro, por su condición de centro de referencia de la Comunidad.
En el mes de junio de 2019 se procederá a validar el funcionamiento del registro, introducir los cambios que se consideren oportunos y se efectuará un resumen estadístico de los casos disponibles.
Se realizará en el mes de Enero de 2020, una memoria anual que incluya las acciones emprendidas e información del registro de casos.
Establecemos un mínimo de cuatro reuniones anuales conjuntas, para consensuar protocolos diagnósticos y terapéuticos sobre esta patología. Procederemos a establecer subgrupos de trabajo en cada una de las líneas indicadas.
Se realizarán sesiones o reuniones en los diferentes servicios implicados en el cuidado de estos pacientes, para difusión y mejora de lo elaborado en este proyecto.

INDICADORES
En cuanto al registro los indicadores serán: Incidencia, Número de casos registrados (>80% de la incidencia), prevalencia de cada germen (descripción en porcentaje y sensibilidad), mortalidad (total y ajustada), estancia media, Casos completados en el registro/Ingresos de cada unidad (> 80%), Mortalidad/Ingresos con EI (< 20%), Terapia antibiótica según guías/ingresos EI (> 95%), EI protésica precoz/Nº Implantes protésicos anuales (< 5%), EI en dispositivos (MP o DAI)/Nº Implantes anuales (< 5%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0380

1. TÍTULO

GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Elaborar recomendaciones sobre diagnóstico microbiológico y recogida de muestras: Documento de Consenso y Procedimiento de envío de muestras. Protocolo sobre el uso de la ecocardiografía en el diagnostico y seguimiento de pacientes con endocarditis.
Protocolo de derivación desde otros centros de pacientes que requieran cirugía o tecnicas no disponibles en otros centros en pacientes con endocarditis.

DURACIÓN
El registro de casos se mantendrá activo con comunicación a los jefes de servicio de los diferentes servicios implicados de los datos estadísticos más relevantes.
En la parte de la protocolización: Durante el presente año 2019, se iniciará la confección de las recomendaciones y protocolos antes referidos.
Desarrollo de recomendaciones sobre diagnóstico microbiológico antes del final de 2019.
Protocolo publicado antes del primer trimestre de 2020 sobre solicitud de Ecocardiograma transtorácico y transesofágico.
Protocolo publicado antes de primer trimestre de 2020 sobre derivación desde otros hospitales de pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico.

OBSERVACIONES
Este proyecto queda incluido en el Acuerdo de gestión Clínica del S. de Cardiología

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 - 2019/0392

1. TÍTULO

PROYECTO DE REALIZACION DEL PROTOCOLO DE HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE DERIVACION A LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA LASALA ALASTRUEY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCEN MIRAVETE ANA
BLASCO PEIRO TERESA
PORTOLES OCAMPO ANA
PEREZ GUERRERO AINHOA
RUIZ ARANJUELO ALEJANDRA
GIL HERNANDEZ MARIA PILAR
GASCON LUCIENTES LORENA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el periodo de evaluación en el que hemos estado trabajando en el proyecto se ha realizado el protocolo del hospital de día de insuficiencia cardiaca adscrito al Servicio de Cardiología, en el que se establecen los criterios de derivación a la Unidad, así como las funciones de cada una de las áreas de la Unidad de IC, diferenciando las consultas en hospital de día, las consultas de insuficiencia cardiaca en consultas externas, y el tipo de pacientes que se valora en sillones de hospital de día para tratamiento inotropo/diurético intermitente.
Por otra parte, se han protocolizado las actividades que se realizan en hospital de día:
- Manejo de las descompensaciones leves/moderadas/graves de insuficiencia cardiaca.
- Protocolización de los tratamientos con diuréticos e inotropos de forma intermitente.
- Titulación de dosis de fármacos.
- Administración de hierro intravenoso en pacientes con disfunción sistólica de grado severo.
- Educación para autocuidado de pacientes/familiares de pacientes con IC.

El protocolo de la Unidad de Insuficiencia cardiaca, acreditada como unidad avanzada por la Sociedad Española de Cardiología y adscrita al servicio de Cardiología del HUMS, se ha consensuado entre todos los profesionales adscritos a la Unidad y queda pendiente su presentación formal a todo el servicio en sesión clínica. Por otra parte, se han realizado dos sesiones conjuntas con el Servicio de Medicina Interna del hospital, en el que está inmersa la Unidad de atención al paciente crónico complejo de nuestra área. Junto a ellos, se ha establecido un consenso inicial relacionado con el tipo de pacientes con insuficiencia cardiaca grave que son susceptibles de ser atendidos en la Unidad de insuficiencia cardiaca de un servicio u otro atendiendo a la presencia o no de determinada comorbilidad.
Estas reuniones se han llevado a cabo en el marco del grupo multidisciplinar administrativo del SALUD de Atención Primaria y Atención Especializada Cardiológica médico – enfermería y en el que se encuentran presentes las Subdirecciones Médicas de todos los estamentos de los dos niveles asistenciales. Grupo que tiene la capacidad de tomar decisiones vinculantes y que es el órgano de gobierno del Proyecto de la Ruta asistencial de paciente cardiológico, dentro del Contrato Programa del H. Universitario Miguel Servet con el Salud.
De la misma forma que se han detallado la tipología de los pacientes que pudieran beneficiarse de ser enviados a la Unidad de IC del servicio de cardiología, queda pendiente por parte de la enfermería de la unidad el establecimiento de un informe de continuidad de cuidados que, junto al informe médico, estén integrados en la historia clínica del paciente y permita su conocimiento a nivel de Atención Primaria, tanto a nivel médico como de enfermería. El programa Mediconnet, ya de uso en otras unidades del servicio (U. de hemodinámica y Electrofisiología) permitirá esta mejora en la comunicación.
No se han empleado recursos a nivel económico. Se ha invertido el tiempo de los profesionales implicados en el proyecto para la elaboración del protocolo y el consenso de criterios de derivación.
Una vez el protocolo esté consensuado por todo los profesionales implicados, será enviado a la Unidad de Calidad del H. Miguel Servet, para y se dará difusión del mismo en el hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha realizado el protocolo de hospital de día de IC y se han establecido los criterios de derivación a las consultas de IC avanzada adscrita al S. de Cardiología, además de protocolizar las actividades y el uso de diferentes fármacos en estos pacientes. Se ha presentado a los responsables del S. de Medicina Interna/Unidad de Crónico complejo y a los integrantes del grupo multidisciplinar AP-AE cardiológica del HUMS. Pendiente consenso tras la presentación en sesión clínica conjunta, de establecer vías de comunicación ágiles y seguras, así como de enviar el protocolo a la Unidad de Calidad del HUMS para su aprobación como protocolo del hospital.
-Según el protocolo propuesto, y aún a falta de su consenso general, se ha analizado la derivación adecuada de los pacientes remitidos a la Unidad de IC de cardiología durante el mes de diciembre del año 2019

- El indicador propuesto: “Número de pacientes derivados a la consulta de Hospital de Día de IC que cumplan criterios de derivación en 1 mes/ Número de pacientes derivados a la consulta de Hospital de Día de IC en 1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0392

1. TÍTULO

PROYECTO DE REALIZACION DEL PROTOCOLO DE HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE DERIVACION A LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

mes" (estándar >90%) se ha conseguido en el 95% de los pacientes analizados.
- Por otra parte, el otro indicador propuesto " Número de pacientes vistos en consulta de Hospital de día de IC en 1 mes a los que se les realiza educación para autocuidado de IC/ Número de pacientes vistos en consulta de Hospital de día de IC en 1 mes" (estándar >95%). Se ha realizado en el 100% de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que el protocolo consensuado multidisciplinar de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca adscrita al Servicio de cardiología es clave para la atención continuada de los pacientes con insuficiencia cardiaca grave que requieren de un manejo precoz y continuado, con un intento de evitar en lo posible los ingresos repetidos. Por otra parte, la creación de vínculos y circuitos con el Servicio de Medicina Interna, así como con la Atención Primaria es clave si lo que pretendemos es realizar una continuidad de cuidados adecuada. Situación que en ocasiones es difícil dada la carga asistencial diaria y la cultura propia del hospital.
Se ha cumplido con la protocolización de derivación de pacientes a la Unidad específica, así como de las funciones y actividades de cada una de las diferentes partes de la Unidad, de tal forma que los indicadores de evaluación planteados se han conseguido. No obstante, queda trabajo por hacer en cuanto a la creación de circuitos ágiles y validos interservicio y entre los dos niveles asistenciales, médico y enfermería, sobre los que se continuará trabajando.
Por otra parte, la protocolización del uso de fármacos en este tipo de pacientes permitirá homogeneizar la práctica clínica entre los profesionales implicados, tanto dentro del servicio de cardiología como de otros servicios, una vez que el protocolo esté aprobado por la U. de Calidad del HUMS y colgado en la intranet del hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/392 ========== ***

Nº de registro: 0392

Título
PROYECTO DE REALIZACION DEL PROTOCOLO DE HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE DERIVACION A LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Autores:
LASALA ALASTUEY MARIA, MARCEN MIRAVETE ANA, BLASCO PEIRO TERESA, PORTOLES OCAMPO ANA, PEREZ GUERRERO AINHOA, RUIZ ARANJUELO ALEJANDRA, GIL HERNANDEZ MARIA PILAR, GASCON LUCIENTES LORENA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Dentro de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca Avanzada del Hospital Miguel Servet se dispone del Hospital de día de Cardiología, que es una unidad de tratamiento intravenoso en turno de mañanas para pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC), diferente a las camas de hospitalización convencional de la Unidad de IC y del Servicio de Cardiología.

Se detecta en nuestro servicio de Cardiología falta de unificación de criterios de derivación a las consultas de IC avanzada, lo cual puede facilitar la labor asistencial al área de Cardiología de Hospitalización y de consultas Externas de Cardiología, pues todos los pacientes derivados a las consultas de la Unidad de IC deben haber sido valorado previamente por un cardiólogo.
Además se ha detectado la necesidad de protocolizar el manejo habitual que realizamos a nuestros pacientes en Hospital de día de IC en los aspectos más habituales para alcanzar el máximo nivel en la práctica clínica: manejo de las descompensaciones leves/moderadas/graves de insuficiencia cardiaca, protocolización de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0392

1. TÍTULO

PROYECTO DE REALIZACION DEL PROTOCOLO DE HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE DERIVACION A LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

tratamientos con diuréticos e inotropos de forma intermitente, titulación de dosis de fármacos y protocolización de la administración de hierro intravenoso en pacientes con disfunción sistólica de grado severo. La realización de educación al paciente para el autocuidado es un elemento imprescindible en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca y trasplante, labor realizada por las enfermeras expertas en IC de nuestra Unidad

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro proyecto se dirige a la población con insuficiencia cardiaca que se pueda beneficiar de un manejo en la Unidad de Insuficiencia cardiaca avanzada:

- Estandarizar los criterios de derivación a las consultas de IC avanzada, tanto a las consultas de Hospital de día de IC como a las consultas externas de insuficiencia cardiaca.
- Establecer los pacientes que se puedan beneficiar de estancia en sillones de Hospital de día de IC:
  - CON OBJETIVO PALIATIVO: Para disminuir el número de ingresos hospitalarios convencionales por descompensaciones y procesos congestivos y así disminuir la asistencia a urgencias y las consultas con atención primaria y por ello mejorar la calidad de vida de estos pacientes.
  - CON OBJETIVO TERAPEUTICO: Para titulación y optimización de fármacos, mejorar la situación clínica y hemodinámica de pacientes que van a someterse a cirugía cardíaca y así minimizar el riesgo quirúrgico, iniciar y continuar educación sanitaria para el paciente y cuidadores. O pacientes que tras optimización de tratamiento puedan ser candidatos a otras medidas terapéuticas avanzadas (trasplante, mitraclip, resincronización, etc)
- Protocolizar las actividades que realizamos a nuestros pacientes en Hospital de día de IC en los aspectos más habituales:
  - Manejo de las descompensaciones leves/moderadas/graves de insuficiencia cardiaca.
  - Protocolización de los tratamientos con diuréticos e inotropos de forma intermitente.
  - Titulación de dosis de fármacos.
  - Administración de hierro intravenoso en pacientes con disfunción sistólica de grado severo.
  - Educación para autocuidado de pacientes/familiares de pacientes con IC.

MÉTODO
Está previsto realizar el protocolo de Hospital de día de insuficiencia cardiaca y el establecimiento de criterios de derivación a consultas de la Unidad de IC avanzada antes de Julio 2019 por parte de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca Avanzada del Servicio de Cardiología del Hospital Miguel Servet. Posteriormente será consensuado en las reuniones de trabajo pertinentes con el Servicio de Cardiología del HUMS. Tras aprobación del servicio se prevé la difusión y publicación del protocolo para extender su aplicación.
El coste de la aplicación de este proyecto de mejora es 0 desde el punto de vista económico.

INDICADORES
- Realización del protocolo de hospital de día y establecer los criterios de derivación a consultas de IC avanzada.
- Número de pacientes derivados a la consulta de Hospital de Día de IC que cumplan criterios de derivación en 1 mes/ Número de pacientes derivados a la consulta de Hospital de Día de IC en 1 mes > 90%
- Número de pacientes vistos en consulta de Hospital de día de IC en 1 mes a los que se les realiza educación para autocuidado de IC/ Número de pacientes vistos en consulta de Hospital de día de IC en 1 mes > 95%

DURACIÓN
- Realización de protocolo de Hospital de día de IC y criterios de derivación a las consultas de IC prevista su realización por la Unidad de IC avanzada de Marzo de 2019 a Julio 2019.
- Consenso Servicio de Cardiología HUMS previsto Agosto-Septiembre 2019.
- Solicitud de aprobación como protocolo del HUMS.
- Difusión del protocolo, valoración de su aplicación durante los meses de Octubre 2019 a 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 - 2019/0777

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL
LAPERAL MUR JOSE RAMON
BRUN GUINDA DAVID
CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE
AURED GUALLAR CARMEN
SAMPEDRO FELIU ANTONIO
ORTAS NADAL MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado la protocolización de los procesos asistenciales compartidos de arritmias, fibrilación auricular, valvulopatías e hipercolesterolemia.
Se han continuado las reuniones mensuales en los Centros de Salud para transmitir dichos protocolos realizándose 84 reuniones durante 2019. La información también se ha difundido a través de las respuestas concretas de las interconsultas realizadas desde atención primaria.
Se han elaborado nuevos algoritmos que se van distribuir en atención primaria y especializada para potenciar la difusión de los protocolos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Protocolización del proceso asistencial compartido de fibrilación auricular: Si
2. Protocolización del proceso asistencial compartido de arritmias: Si
3. Protocolización del proceso asistencial compartido de valvulopatías: Si
4. Protocolización del proceso asistencial compartido de hipercolesterolemia: Si
5. Porcentaje de consultas presenciales por patología cardiaca preferentes enviadas desde AP y resueltas en el CME en = 30días (estándar =60%): 77% (Datos exclusivamente de CME San José, no existen datos de CME Ramón y Cajal)
6. Porcentaje de ecocardiogramas transtorácicos ambulatorio realizados en <30 días desde su petición (estándar: =32%): 80,4%
7. Porcentaje de consultas presenciales de primer día derivadas desde ICV a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en 15 días (estándar 80%) 86.8%

Los datos de indicadores se han obtenido de control de gestión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La protocolización de diferentes procesos comunes entre primaria y especializada ha contribuido a homogeinizar los criterios de actuación de los cardiólogos y facilita al médico de atención primaria la resolución de situaciones comunes en la práctica clínica habitual. Poco a poco se va consolidando la continuidad asistencial, mostrando al cardiólogo y al médico de atención primaria ante el paciente como un equipo en comunicación y con unos criterios consensuados de respuesta.
Las reuniones mensuales entre primaria y cardiología han favorecido el conocimiento y la confianza mutua entre los 2 niveles asistenciales mejorando la relación entre los profesionales. Mejoran la comunicación entre dichos niveles y permiten la difusión bidireccional de información útil.
Se trata de un proceso a continuar. Somos conscientes de la variedad de situaciones clínicas que atienden nuestros compañeros de atención primaria y del elevado número de algoritmos que desde cada especialidad se les proponen.
Las reuniones mensuales y la información adjunta en las respuestas a las interconsultas virtuales permiten recordar la información más relevante. El proyecto iniciado en 2018 tiene vocación de continuidad para seguir actuando todos en la misma dirección ante el paciente con patología cardiológica.

7. OBSERVACIONES.
Se trata de una memoria de final de la parte II de un proyecto que se inició en 2018. Lo he catalogado como seguimiento ante la duda del tipo de memoria.

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

Nº de registro: 0777

Título

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

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II

PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan a millones de personas y son la principal causa de mortalidad y discapacidad en los pases desarrollados. Aunque disponemos de grandes avances en la prevención y el tratamiento, su prevalencia está aumentando.
Los pacientes con ECV son atendidos por un elevado número de profesionales en organizaciones y servicios diferentes.
La fragmentación en la atención de los pacientes por una misma enfermedad dificulta que una actuación diagnostica o terapéutica sea diseñada con visión a largo plazo, teniendo consecuencias en el pronóstico y la calidad de vida.
La coordinación de los servicios sanitarios es una prioridad para responder al reto que supone mejorar nuestra eficiencia en un contexto de incremento de las necesidades asistenciales.
Creemos que la protocolización consensuada entre dos niveles asistenciales (Asistencia Primaria (AP) y Especializada (AE) cardiológica) de aquellos procesos asistenciales cardiovasculares compartidos más frecuentes (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias y valvulopatias)) redundará en una mejora clara de la calidad asistencial que reciben nuestros pacientes junto a una mejora en la propia actividad asistencial que desde la atención especializada cardiológica proporcionamos.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto va a mejorar la calidad asistencial de toda la población con enfermedad cardiovascular de nuestro sector.
Los objetivos que queremos alcanzar son:
- Mejorar la calidad asistencial del paciente cardiológico ambulatorio, con una atención especializada a tiempo y adecuada a cada paciente
- Mejorar la relación y comunicación ente Asistencia Primaria (AP) y especializada (AE) cardiológica
- Disminuir la lista de espera de primeras visitas, derivadas desde la interconsulta virtual (IC) en los centros de especialidades médicas (CEM) de nuestro sector
- Disminuir la lista de espera de las pruebas diagnóstico/terapéuticas cardiológicas de nuestro sector
- Crear una consulta de enfermería “cardiológica” en Atención primaria

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

INDICADORES
- Protocolización del proceso asistencial compartido de insuficiencia cardiaca (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de fibrilación auricular (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de arritmias (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de valvulopatias (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de hipercolesterolemia (si/no)
- Porcentaje de consultas presenciales por patología cardiaca preferentes enviadas desde AP y resueltas en el CME en = 30días (estándar =60%)

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

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II

- Porcentaje de ecocardiogramas transtorácicos ambulatorio realizados en <30 días desde su petición (estándar: =32%)
- Porcentaje de consultas presenciales de primer día derivadas desde ICV a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en =15 días (estándar =80%)

DURACIÓN
Fecha de inicio: 1 de abril de 2019. Prevista su finalización: marzo de 2020
- Protocolización del proceso asistencial compartido de insuficiencia cardiaca – abril 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de fibrilación auricular – mayo 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de arritmias (si/no) - junio 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de valvulopatias (si/no) - septiembre 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de hipercolesterolemia - octubre 2019

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

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

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0789

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACIÓN CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO MIÑANO OYARZABAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS
MARCEN MIRAVETE ANA
SALAZAR GONZALEZ JOSE
PORTOLES OCAMPO ANA
LASALA ALASTRUEY MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1) Por parte de Secretaría de Cardiología y consultando con los cardiólogos responsables se han revisado todas las citas y buzones pendientes de los pacientes que ingresaban en Cardiología. En el intervalo de Enero a Diciembre de 2019 han sido 2772 pacientes. Aquellas citas o buzones pendientes que se consideraban inadecuadas eran borradas o modificadas.
2) Al comienzo del proyecto se informó a todos los cardiólogos del Servicio del proyecto en una sesión del Servicio de Cardiología. Se ha procurado incluir recomendaciones específicas en todos los informes de alta.
3) Se ha procurado incluir, en el apartado de recomendaciones, información sobre dónde, cómo y cuándo debe realizarse el seguimiento de los paciente . Se intenta evitar la frase de “Control por cardiólogo de área” sin incluir otras especificaciones.
Como muestra para valorar si se está cumpliendo con el proyecto se han revisado todas las altas de Cardiología del mes de Octubre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Respecto a la revisión de buzones y citas. Se ha revisado el 100% de los 2772 pacientes ingresados en los meses de Enero -Diciembre de 2019. (estándar > 90%)
- Citas detectadas: 396 (14.8% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían una cita de consulta pendiente en CEXT de cardiología). Se han eliminado el 12% de las citas pendientes en CEXT de cardiología por considerarse redundantes y/o innecesarias.
- Buzones detectados: 311 (11.21% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían un buzón de cita pendiente en CEXT de cardiología). Se han eliminado el 74% de los buzones pendientes por considerarse redundantes y/o innecesarios.
2. Respecto a la información específica al alta:
La tasa de altas hospitalarias en el servicio de cardiología con recomendaciones de cuidados post-hospitalización específicos relacionados con su patología / todas las altas realizadas en el servicio durante 1 mes es del 84.58% (estándar > 80%)
3. Respecto a la información específica al alta:
La tasa de altas hospitalarias en el servicio de cardiología con la frase de “revisión por su cardiólogo de área” sin otra información añadida / todas las altas realizadas en el servicio durante 1 mes es del 6.85% (estándar < 15%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El resultado del proyecto continúa siendo muy favorable.
Por un lado, una revisión sistematizada (100%) de los buzones y citas de los pacientes ingresados permite eliminar un número de visitas duplicadas o innecesarias muy importante.
Así mismo, vemos que una gran mayoría de los pacientes ingresados (84,5%) tienen recomendaciones específicas en el informe de alta, acorde con sus necesidades.
El número de pacientes remitidos a su “cardiólogo de área” tras un alta hospitalaria, sin incluir otra información respecto al seguimiento es muy bajo (6,85%). Las recomendaciones de seguimiento establecidas permiten a Secretaría de Cardiología remitir estas solicitudes a Citaciones y así los pacientes son citados directamente sin requerir otros pasos administrativos, previamente a cargo de los médicos de Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/789 ========== ***

Nº de registro: 0789

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0789

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACIÓN CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

Título
PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Autores:
MIÑANO OYARZABAL ANTONIO, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, MARCEN MIRAVETE ANA, SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER, PORTOLES OCAMPO ANA, LASALA ALASTUEY MARIA, TEJIDO SIGÜENZA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Alta Hospitalaria es un proceso común en la actividad asistencial de la mayor parte de los sistemas sanitarios del mundo. El informe clínico de alta (IA) es el documento emitido por el médico responsable de un paciente al finalizar su proceso asistencial en un centro hospitalario. Las recomendaciones al paciente (RP) son una de las partes fundamentales del informe de alta hospitalaria. En ellas se basarán los cuidado post hospitalización tanto para el paciente como para el médico de Atención Primaria que lo reciba. La mayoría de nuestros pacientes (84% en la memoria de seguimiento del año 2018) reciben recomendaciones personalizadas. Proponemos continuar mejorando las RP en los informes de alta de los pacientes ingresados de manera no programada. Para ello, se establecerán una serie de recomendaciones generales para las distintas patologías y en el caso de pacientes con síndromes coronarios agudos se dispone del programa informático PCVIA. El programa PCVIA ha sido diseñado por un grupo interhospitalario de cardiólogos junto con médicos de Atención Primaria y facilita la personalización de las RP en este contexto.
En el informe del alta se establecen así mismo las indicaciones de cara al seguimiento ambulatorio de los pacientes, tanto por parte de Atención Primaria como de Atención Especializada. En muchas ocasiones utilizando una terminología muy general: “seguimiento por su especialista de área”, que no aporta la información necesaria que el médico de Atención Primaria necesita y, sin embargo crea unas expectativas en el paciente que, al no ser cumplidas, condicionan su insatisfacción y preocupación. Este hecho, además, es el origen de no pocas duplicidades en las citaciones de los pacientes, y junto a ello, de la repetición de estudios o visitas médicas innecesarias.
En el año 2018 se ha conseguido en una mayoría de los informes (89% en la memoria de seguimiento del año 2018) evitar remitir directamente al cardiólogo de área sin otra información añadida. De cara a un adecuado seguimiento de los pacientes se procurará establecer en los informes de alta los plazos recomendados para su próxima revisión en consultas. Se priorizará la vía de la interconsulta virtual, como vía de acceso a la consulta en Atención especializada.
Las interconsultas Virtuales solicitadas desde Atención primaria son una herramienta útil que permite la comunicación ágil y rápida entre los especialistas y los médicos de Atención Primaria . Una adecuada gestión de las mismas permite priorizar aquellas visitas más preferentes, optimizar las consultas monográficas y solicitar pruebas previas.
Vamos a continuar revisando, en todos los pacientes ingresados en planta de hospitalización de cardiología de manera no programada, los buzones pendientes de citación en sus centros de especialidades médicas, anulando todas aquellas visitas que se consideren innecesarias o estén duplicadas.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la calidad de los informes de alta hospitalarias por medio de una serie de recomendaciones personalizadas.
-Reducir consultas y pruebas de control en atención especializada post-hospitalización no necesarias
- Establecer como modo habitual de citación en atención especializada la vía de la interconsulta virtual desde Atención Primaria especificando en los informes de alta los plazos recomendados para dichas citas

MÉTODO
- Añadir consejos de salud en todas las altas de forma personalizada.
- Difundir y promover el uso del programa PCVIA
- Retirar la frase “control por su cardiólogo habitual/de área” de los informes de altas hospitalaria.
-En caso de necesidad de revisión en cardiología ambulatoria, se añadirá la frase “citación a cardiología a través de la interconsulta virtual” especificando el plazo en el que se considere necesario dicha revisión.
- Revisión y anulación de citaciones pendientes o duplicadas por parte del personal administrativo de acuerdo con Cardiología.

INDICADORES
-Número de altas hospitalarias en el servicio de cardiología con la frase de general e imprecisa de "revisión por su cardiólogo de área" en el apartado de recomendaciones / todas las altas realizadas en el servicio durante 1 mes determinado x100 - (estándar<15%)
- Número de altas hospitalarias en el servicio de cardiología con revisión de buzón/citación de consultas externas de cardiología / todas las altas realizadas en el servicio durante el periodo de evaluación x100 -

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0789

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACIÓN CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

(estándar >90%)
- Números de altas hospitalarias en el servicio de cardiología con recomendaciones de cuidados post-hospitalización específicos relacionados con su patología / todas las altas realizadas en el servicio durante 1 mes determinado x100 - (estándar>85%)

DURACIÓN
Fecha de inicio: Continuar proyecto iniciado en Junio 2018. Prevista su finalización: Marzo 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 - 2019/0934

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
URGENCIAS HUMS.
Durante el año 2019 se ha impartido formación específica a todo el personal de nueva incorporación en el Servicio, lo cual ha contribuido a la obtención de un elevado porcentaje de digitalización. El resto de personal ya estaba previamente formado. El proceso de digitalización en el Servicio de Urgencias durante el año 2019 se ha ido desarrollando de manera muy positiva, alcanzando un 97.3% de digitalización correcta. El total de electros realizados en 2019 ha sido de 35437, de los cuales 957 no se han identificado correctamente. A pesar de ser un bajo porcentaje (2.7% del total), hay que intentar detectar las causas de la no identificación para poder incrementar el número de ECG digitalizados correctamente identificados.
CENTROS MEDICOS DE ESPECIALIDADES
La integración del ECG en la HCE en los Centros Médicos de Especialidades comenzó en junio de 2018.El hecho de que el ECG esté recogido en la Historia Clínica Electrónica permite que pueda ser revisado y analizado (el sistema MUSE dispone de herramientas de medición y diagnóstico específicas) tanto automáticamente como por expertos on line para ayudar en la toma de decisiones médicas más correctas.La inclusión en la HCE permite tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta, mejorando la calidad asistencial y la eficiencia. La interconsulta virtual es una actividad que se está desarrollando de manera paralela en el Servicio de Cardiología del HUMS y que precisa del ECG digitalizado como herramienta básica. Cada vez es más frecuente la colaboración entre especialistas de distintos centros de trabajo en interconsultas donde es fundamental disponer de un ECG de calidad. En el CME San José el porcentaje de ECG digitalizados es de un 98.8%. En el CME Ramón y Cajal el porcentaje es de un 97.2%. Hay que seguir insistiendo en la necesidad de digitalizar los ECG, intentando conseguir incrementar el número de ECG digitalizados, hecho fundamental para la mejora de la labor asistencial y para apoyo de las interconsultas virtuales.
HOSPITALIZACION EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HUMS
La dotación actual de camas del Servicio de Cardiología es de 65 camas, distribuidas de la siguiente forma: 48 camas en la planta 5ª B, y 17 camas en la planta 5ª A. Las camas de la planta 5ª A están gestionadas por la Unidad de Insuficiencia Cardiaca, que cuenta además con 5 puestos (sillones) en el Hospital de Día de Cardiología (situado en la misma planta).La situación en 2019 no ha variado desde el año anterior: se dispone de 2 aparatos de ECG preparados para la digitalización en toda el área sin red wifi, lo que hace muy difícil el desarrollo del proyecto, complicando la tarea de digitalizar e incluirse en HCE los ECG realizados. Actualmente se realiza a través de un cable de red situado en una sola zona de la planta de Cardiología, en el turno de noche, por donde se transmiten todos los ECG realizados durante el día (por tanto, los ECG no están disponibles en la HCE hasta que se realiza esta transmisión diferida).Debido a la actividad asistencial normal de la planta de Cardiología, se tienen que realizar muchos ECGs con aparatos analógicos (disponemos 2 aparatos), que no van a poder incluirse nunca en la HCE del paciente. En la actualidad no se tiene registro del número de ECGs que se realizan de forma analógica.Durante el 2019 no se ha podido implementar ninguna mejora y la situación requiere de un estudio en profundidad para poder introducir mejoras que permitan seguir desarrollando el proyecto.Durante el año 2019, el número de ingresos en la planta de Cardiología fue de 3525. Con una estimación aproximada de dos ECG por cada paciente ingresado, se podía deducir que el total de ECG realizados superaría los 7000. En el año 2019 se han realizado un total de 3865 ECG digitalizados, basándonos en nuestras previsiones, esto supone aproximadamente un 50% de los ECG esperados, con lo que el resto han sido realizados con los ECG analógicos disponibles en la planta.En el caso de los ECG digitalizados, un 57.4% (2219) se ha realizado con correcta identificación. Por lo tanto, en casi la mitad de ellos el proceso no ha conseguido resultado positivo, lo que justificaría la necesidad anteriormente descrita del análisis para identificar los procesos que requieren mejora. No obstante, hay una tendencia positiva puesto que se ha incrementado el porcentaje del año 2018, que era de un 40.4%.
UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGÍA CARDÍACA Y ARRITMIAS
El proceso de digitalización se ha continuado de forma correcta. La unidad cuenta con tres aparatos preparados para la digitalización y con conexión de red en todas las áreas que se precisan.
CONSULTA DE CARDIOLOGIA Y PREOPERATORIO DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HUMS
El proceso de digitalización se ha continuado alcanzando un 99.1% de ECG identificados correctamente.
REA
Se ha implementado la digitalización en el año 2019 con formación del personal y mediante la utilización de la pulsera identificativa del paciente, alcanzando un resultado del 96.3% de digitalización correctamente identificado. Hay que detectar las causas de la no identificación para poder incrementar el número de ECG digitalizados correctamente identificados.
PRUEBAS FUNCIONALES DE CARDIOLOGIA
Se ha implementado la digitalización en el año 2019 con formación del personal y mediante la utilización de lista de trabajo, alcanzando un resultado del 89.7% de digitalización correctamente identificado.

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

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

HOSPITAL DE SEMANA
No se ha iniciado el proyecto de digitalización durante el año 2019 puesto que el aparato disponible en la unidad es un modelo que no permite la digitalización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Porcentaje de ECG digitalizados e identificados correctamente con respecto al total de ECG digitalizados en los dos CCMMEE (estándar >= 95%)
ECG digitalizados identificados correctamente del total digitalizados
- Urgencias: 97%
- Centro Medico de Especialidades San José: 98%
- REA: 96%
- Centro Medico de Especialidades Ramón y Cajal: 97%
- Pruebas Funcionales de Cardiología: 89%
- Consultas Externas: 99%
- Hospitalización 5 planta e Insuficiencia Cardiaca: 57%.

Áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en Historia Clínica Electrónica del total de áreas estimadas para el año 2019 (estándar 13%)
Se ha implementado en 11 de 11 áreas año 2018
- Boxes del Hospital General y Traumatología
- Salas de Observación de Urgencias
- Soporte Vital de urgencias
- Centro Medico de Especialidades Ramón y Cajal
- Centro Medico de Especialidades san José
- Consulta de Preoperatorios de Maternidad
- Consultas Externas de Cardiología
- Preoperatorios hospital general y traumatología
- Unidad de Insuficiencia Cardiaca
- Unidad de Arritmias
- Hospitalización 5ª B

Se ha implementado en 2 de las 3 áreas año 2019
- Pruebas Funcionales de Cardiología
- REA
- Hospital de Semana

Porcentaje de interconsultas virtuales en las que el cardiólogo referente solicita realizar un ECG digitalizado del total de interconsultas virtuales en un mes determinado y en una muestra de 3 centros de salud (estándar <5%)
Se analizaron las interconsultas del mes de octubre de los Centros de salud de Almozara, Torre Ramona y Torrero La Paz
Se analizaron los datos del mes de octubre de los Centros de salud de Almozara, Torre Ramona y Torrero La Paz. Del total de 128 interconsultas, se realizaron 85 ECG digitalizados. Sólo en 6 interconsultas se solicitó la realización del ECG por parte del cardiólogo referente al no estar incluido en la Historia Clínica Electrónica (4.69%).
Mejora de la interconsulta virtual desde AP a AE
La interconsulta virtual ha mejorado de manera muy importante durante el año 2017 se obtuvieron unos datos de resolución del 18%, pasando al año 2018 con un 27% y este año 2019 ha sido de un 35%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la introducción de la tecnología y la sustitución de procesos analógicos por digitales, se mejora la calidad asistencial, la eficiencia y la productividad. Con este proyecto se adaptan las pruebas complementarias a las nuevas tecnologías facilitando la labor facultativa, de enfermería y la asistencia al paciente.
Se está objetivando un incremento de la resolución de las interconsultas que han pasado de un 18% en el 2017 a un 35% en el 2019, y la utilización del ECG digitalizado ha contribuido en parte a este incremento.
Es necesario digitalizar nuevas áreas dentro del hospital, así como incrementar el porcentaje de ECG digitalizados correctamente. Para ello es necesario dedicar recursos que permitan abarcar todas las áreas necesarias para generalizar en el hospital el uso de esta tecnología.
Los datos en el área de hospitalización del Servicio de Cardiología ponen de manifiesto la necesidad de un plan individualizado que incluya todos los ámbitos de actuación para conseguir mejorar los resultados obtenidos tras este año de trabajo. Para ello se requiere de la adquisición de nuevos aparatos compatibles con la digitalización (sustituyendo los aparatos analógicos que aún se utilizan en la unidad), así como la formación específica continuada del personal fijo y formación específica inicial del personal eventual.
El desarrollo de este proyecto demuestra la importancia de la digitalización del ECG para el éxito de otros proyectos, como por ejemplo la interconsulta virtual. De igual modo es muy importante que exista una dotación adecuada de tecnología y de aparatos que puedan digitalizar, lo que supone un beneficio para el resto de las unidades, evitando tener un sector a dos velocidades, una analógica con importantes deficiencias y otra digital.
La formación del personal fijo y eventual es decisiva para el éxito de este proyecto. La mayor y más precisa información mejora la calidad de la asistencia del paciente, en cuanto al ECG que es la herramienta básica de valoración cardiológica.
El área de hospitalización precisa de cobertura wifi para poder desarrollar el proyecto de una manera más eficaz, ya que el actual sistema de trabajo deja de manifiesto muchas debilidades. Es importante la formación

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

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

del personal eventual ya que se detecta un aumento de identificaciones incorrectas en los meses de mayor rotación y contratación.
Se considera una actividad prioritaria dar la máxima difusión y formación en la correcta identificación de los pacientes a través del AR. Deben reducirse al máximo aquellos casos que se realice la identificación de forma manual, ya que esto conlleva un aumento de la posibilidad de error debido a la complejidad del número (9 dígitos y 3 letras) y la dificultad de poder realizar una verificación de seguridad (mediante comprobación del nombre del paciente) en todas las ocasiones.
Conclusiones
Se ha podido cumplir la mayor parte de los indicadores, alcanzando los objetivos propuestos para el año 2019, siendo necesaria una nueva estrategia para el área de hospitalización, así como un seguimiento en todas las unidades para mantener la actividad desarrollada hasta el momento.
Las mayores dificultades encontradas para la implantación total del programa y para su continuidad están en la obtención de recursos: adquisición de aparatos de ECG preparados para la digitalización, redes wifi y conexiones informáticas. También es necesaria la formación de todo el personal implicado.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0934

Título
PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HC

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Fundamental de la digitalización del ECG en el área de atención especializada del sector II, es permitir el acceso y la difusión a una prueba tan fundamental y ampliamente utilizada como el ECG entre los distintos centros y profesionales responsables de la salud.
Objetivos Específicos
Continuar la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS, CCMMEE del sector y Hospitalización.
Ayudar en la toma de decisiones y diferenciar el carácter agudo o crónico de la patología.
Colaborar en la realización del preoperatorio.

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

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Optimizar el empleo de la interconsulta virtual.
Favorecer y mejorar la continuidad de cuidados por parte de enfermería en el seguimiento del paciente crónico.
Desarrollar una atención sistemática del paciente crónico mediante los registros seriados.
Potenciar la política sanitaria de la comunidad autónoma basada en la mejora de la eficiencia y avance en la modernización y la innovación.
Incorporación de tecnologías que mejoren la calidad de servicios prestados.

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

INDICADORES
- Porcentaje de ECG digitalizados e identificados correctamente con respecto al total de ECG digitalizados en los dos CCMMEE. Estándar >= 95%
- Áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en Historia Clínica Electrónica del total de áreas estimadas para el año 2019. Estándar 13%
- Incremento de la digitalización ECG en hospitalización. Mantenimiento y mejora del ECG ambulatorio. Estándar 40%
- Porcentaje de interconsultas virtuales en las que el cardiólogo referente solicita realizar un ECG digitalizado del total de interconsultas virtuales en un mes determinado y en una muestra de 3 centros de salud. Estándar < 5%.
- Mejora de la resolución de interconsulta virtual desde AP a AE.

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1146

1. TÍTULO

PROYECTO DE COORDINACION CARDIOLOGICA EN EL PROCESO DEL ICTUS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CON USO PREFERENTE DE LA ECOCARDIOSCOPIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JUAN PABLO GOMOLLON GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO ESTEBAN EVA MARIA
LOPEZ RAMON MARTA
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO
LPAUENTE GONZALEZ PILAR
SALAZAR GONZALEZ JOSE
SAGARRA MUR DANIEL
TEJIDO SIGUENZA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Desde el año 2019 el servicio de Cardiología forma parte activa del proceso del código ICTUS en el hospital, con presencia en alguna de las reuniones informativas del grupo multidisciplinar.
• En la Unidad de hospitalización de cardiología (5ªB) hay una cardióloga clínica, que actúa de nexo de unión entre ambos servicios y realiza la ecocardioscopia a pie de cama en los pacientes hospitalizados tras un ictus. La planta de hospitalización del servicio de cardiología está dos plantas por debajo de la del Servicio de Neurología.
• Se ha realizado un protocolo conjunto entre los servicios de Neurología y Cardiología para mejorar la atención al paciente hospitalizado tras sufrir un ictus con el propósito de homogeneizar la colaboración entre ambos. En la elaboración de dicho protocolo han formado parte cardiólogos de las diferentes unidades del servicio de cardiología: hospitalización, Pruebas funcionales, arritmias/electrofisiología y congénitas del adulto. Entre todos los participantes se ha llevado a cabo un documento, así como un algoritmo de actuación ante las diferentes formas de presentación de los accidentes cerebro vasculares. Dicho protocolo y algoritmo se ha enviado a la Unidad de Calidad para que pueda estar accesible a todo aquel profesional que pueda precisarlo.
• Desde el día 2 de diciembre de 2019 el servicio de cardiología realiza ecocardioscopia a pie de cama del paciente hospitalizado tras un ictus, según el algoritmo consensuado. Para ello se ha solicitado al SALUD la inclusión de dicha solicitud (por parte de los facultativos de Neurología) en el gestor de peticiones de la historia clínica electrónica. El Servicio de informática del Salud ha aceptado la solicitud y estamos pendientes de su desarrollo. En espera de disponer de esta herramienta telemática, el servicio de cardiología ha creado una solicitud telemática, que cuelga de la intranet del hospital (pestaña de apoyo a la asistencia) disponible a todos los médicos implicdos que, una vez cumplimentada, se envía por correo corporativo a las secretarias del servicio de cardiología, quienes diariamente las recogen y trasladan a la cardióloga responsable de realizar la técnica.
• Por otra parte, se ha solicitado a la Dirección Médica la creación de una agenda de ecocardiogramas transtorácicos ubicada en la planta de cardiología durante la actividad de tarde, como actividad compensatoria de un cardiólogo clínico del servicio de cardiología en concepto de exención de guardias por mayor de 55 años. Actividad que todavía no ha sido aprobada. No obstante, estamos a la espera de un nuevo ecocardiógrafo que permita la puesta en marcha de una agenda de ecocardiogramas en la planta de hospitalización, que podría dar cobertura a pacientes hospitalizados, a cargo tanto del servicio de Neurología como de Cardiología, evitando su traslado a la U. de Pruebas funcionales, muy lejos de la hospitalización (planta 0 del edificio multifuncional)
• Junto a la puesta en marcha del uso de la ecocardioscopia a pie de cama, se han creado circuitos para aumentar el periodo de monitorización electrocardiográfica mediante holter – ECG de 24 a 48 horas. Para ello se ha creado una agenda de holters que se ponen los viernes. De tal forma, que utilizan el sábado como segundo día de monitorización, sin disminuir su uso para otros pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Se ha realizado el protocolo conjunto de colaboración en la atención cardiológica al paciente hospitalizado tras sufrir un ictus
• Desde el día 1 de diciembre de 2019 se realiza ecocardioscopia a pie de cama al 100% de todos los pacientes que cumplen los criterios planteados en el protocolo cojunto realizado (estándar 80%)
• Durante estos dos meses de evaluación (diciembre 2019 y enero 2020) se han llevado a cabo 59 ecocardioscopias. El número de ecoardioscopias realizadas en menos de 48 horas son 55 (93% - estándar 60%)
• De los 59 ecocardioscopias realizadas se ha solicitado ecocardiograma a la unidad de pruebas funcionales en 11 pacientes (18%), lo cual implica que la reducción de ecocardiogramas durante este periodo, llevadas a cabo en la U. especializada de pruebas funcionales es de un 82% (estándar 40%)
• La realización del holter-ecg 48 horas se ha realizado en los dos únicos pacientes solicitados a tal efecto y valorados por la U. de arritmias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La colaboración interservicio y multidisciplinar en necesaria en los programas de atención de aquelas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1146

1. TÍTULO

PROYECTO DE COORDINACION CARDIOLOGICA EN EL PROCESO DEL ICTUS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CON USO PREFERENTE DE LA ECOCARDIOSCOPIA

patologías muy prevalentes. La organización de la actividad permite ser más eficaz y eficiente, dando mayor satisfacción a los pacientes, aportando excelencia a la atención sanitaria. La motivación del personal es esencial para llevarse a cabo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1146 ========== ***

Nº de registro: 1146

Título
PROYECTO DE COORDINACION CARDIOLOGICA EN EL PROCESO DEL ICTUS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CON USO PREFERENTE DE LA ECOCARDIOSCOPIA

Autores:
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, MORENO ESTEBAN EVA MARIA, LOPEZ RAMON MARTA, DIAZ CORTEGANA FRANCISCO, LAPUENTE GONZALEZ PILAR, SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER, SAGARRA MUR DANIEL, TEJIDO SIGÜENZA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Las Unidades de Ictus creadas por los Servicios de Neurología han supuesto un avance fundamental en el tratamiento del Ictus. El ictus tiene origen cardioembólico en más de una cuarta parte de casos. Es también el más accesible a una prevención eficaz de las recurrencias, pues a las medidas generales se añade el tratamiento anticoagulante oral en las personas que padecen fibrilación auricular o presentan alguna condición cardioembólica.
En la actualidad se efectúa la valoración cardiaca con carácter individual. Para mejorarla pretendemos sistematizar el abordaje diagnóstico y terapéutico de esos casos de origen cardiaco del ictus.
Ello incluye la detección de fibrilación auricular paroxística no evidente y de patología estructural cardiaca en pacientes con ictus. Dentro del algoritmo diagnóstico de valoración cardiaca del ESUS (Ictus cardioembólico de origen indeterminado) incluimos así la realización de ecocardioscopia, técnica más sencilla y accesible que la ecocardiografía, eficiente y a pie de cama del paciente para descartar la presencia de estos procesos o, indicar la realización de ecocardiografía en casos seleccionados.
La introducción de esta técnica ya se ha llevado a cabo en unidades de Ictus, y está avalada ya por Consensos de las Sociedades Científicas de Cardiología y Neurología.
Se pretende mejorar la disponibilidad, atención y tratamiento de los aspectos cardiacos del proceso de ictus, una mejoría y protocolización de la colaboración entre ambos Servicios y una optimización en el uso de los recursos diagnósticos del Servicio de Cardiología.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto está dirigido a mejorar la calidad asistencial en la realización de pruebas cardiológicas del paciente con ictus en nuestro sector, pretendiendo:
- Mejorar la calidad asistencial del paciente ingresado en el Servicio de Neurología de nuestro hospital tras sufrir un ictus, mediante una atención especializada cardiológica a tiempo y adecuada a las necesidades de cada paciente
- Mejorar la relación y comunicación ente el servicio de Neurología y Cardiología del HUMS
- Evitar traslados intrahospitalarios innecesarios al realizar las pruebas a pie de cama, en pacientes con, en ocasiones, importantes dificultades motoras.
- Disminuir la demora en el diagnóstico de enfermedad cardiovascular estructural y arrítmica en el paciente que ha sufrido un ictus.
- Disminuir la demora en la realización de ecocardiogramas transtorácicos complejos en la Unidad de Pruebas funcionales cardiológicas
- Posibilitar el alta temprana de los pacientes susceptibles

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1146

1. TÍTULO

PROYECTO DE COORDINACION CARDIOLOGICA EN EL PROCESO DEL ICTUS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CON USO PREFERENTE DE LA ECOCARDIOSCOPIA

MÉTODO
1. Formar parte activa del grupo multidisciplinar del proceso del ictus en el hospital
2. Determinar un cardiólogo coordinador que actúe de nexo de unión entre los servicios y entre las secciones del servicio
3. Protocolizar la actuación y determinar los circuitos de solicitud de pruebas en estos pacientes de forma consensuada entre los dos servicios y entre unidades
4. Realizar ecocardioscopia a pie de cama como parte de actividad de interconsulta por parte de cardiólogos clínicos de hospitalización y de Pruebas funcionales
5. Crear una agenda de ecocardiogramas transtorácicos específica en la planta de hospitalización
6. Implantar el uso del Holter-ECG de 48 horas durante el fin de semana
7. Acudir de forma periódica a las reuniones mensuales de grupo del ICTUS en el hospital

INDICADORES
- Protocolización de la colaboración cardiológica en el proceso del ictus, así como establecer circuitos (estándar: si/no)
- Porcentaje de realización de ecocardioscopias en los ictus susceptibles de ecocardiograma transtorácico (sin test positivo a paso de burbujas en DTSA) como primera herramienta diagnóstica (estándar = 80%)
- Porcentaje de realización de ecocardioscopia solicitadas en = 48 horas (estándar = 60%)
- Porcentaje de reducción de ecocardiogramas transtorácicos solicicitados desde el S. de Neurología por ictus y realizados en la Unidad de pruebas funcionales del Servicio de Cardiología, con respecto a el mismo periodo del año 2018 (estándar = 40%)
- Porcentaje de realización de Holter-ECG 48 horas durante el fin de semana (estándar = 25%)

DURACIÓN
Fecha de inicio: 2 de mayo de 2019. Prevista su finalización: abril 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 - 2019/1371

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA TERMINAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRA RUIZ ARANJUELO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABALLERO JAMBRINA ISABEL
JIMENO SANCHEZ JAVIER
GAMBO RUBERTE ELENA PATRICIA
PEIRO AVENTIN BELEN
DE LAS CUEVAS LEON DAVID
ALONSO VENTURA VANESA
HURTADO RODRIGUEZ GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante los primeros meses de puesta en marcha de nuestro proyecto, hemos realizado un documento donde se recogen las principales definiciones de cuidados paliativos y sedación terminal, así como su papel fundamental en la atención de los pacientes cardiópatas y su marco ético-legal en nuestra región. En dicho documento también se ha definido el procedimiento de sedación paliativa, quedando recogidos los principales fármacos que hemos seleccionado para realizar la sedación en el paciente con cardiopatía terminal, sus dosis y su vía de administración electiva. Todo ello ha servido para poner en marcha la protocolización del tratamiento paliativo con el fin de homogeneizar estos cuidados en los pacientes con cardiopatía en situación terminal hospitalizados en nuestro servicio.
Se han llevado a cabo tres sesiones divulgativas de nuestro protocolo en el servicio. Una de ellas destinada a facultativos, y otras dos al servicio de enfermería (una para enfermería de la planta 5ºA y otra 5ºB). Las tres sesiones se han llevado a cabo el día 31 de enero de 2020. El objetivo de estas sesiones ha sido ampliar el conocimiento acerca de los cuidados paliativos en nuestro medio, así como explicar nuestro proyecto y definir cuál va a ser el tipo de paciente con el que vamos a trabajar y los recursos de los que disponemos.
Se ha creado una encuesta de satisfacción para los familiares de los pacientes a los que se han ofrecido cuidados paliativos en nuestro servicio. Esta encuesta voluntaria consta de seis preguntas y un apartado de comentarios y sugerencias para conocer como se han sentido y los aspectos que debemos mejorar para poder llevar a cabo unos cuidados paliativos de calidad.
Asimismo, hemos realizado un documento donde poder registrar a los pacientes hospitalizados que están recibiendo cuidados paliativos en nuestro servicio; el objetivo principal de este registro es poder realizar una evaluación periódica de los cuidados ofrecidos a estos pacientes. Se ha definido también un circuito, a través de la secretaría de hospitalización de nuestro servicio, para poder detectar de forma sistemática si los pacientes que ingresan en nuestro servicio disponen de documento de voluntades anticipadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con la realización del protocolo del tratamiento paliativo en el paciente con cardiopatía terminal se ha conseguido ampliar el conocimiento de nuestros profesionales así como homogeneizar los cuidados proporcionados al final de la vida de nuestros pacientes. Se ha mejorado así la atención ofrecida al paciente desde un punto de vista integral (no solo físico, sino también emocional). En la misma línea, el desarrollo de un protocolo de sedación paliativa ha conseguido estandarizar los fármacos empleados para la misma. El objetivo final de estos dos protocolos no es otro que conseguir el máximo bienestar de nuestros pacientes en sus últimos días.
Con las sesiones clínicas formativas impartidas tanto a médicos como al personal de enfermería de nuestro servicio se ha obtenido tres finalidades principales: difundir un conocimiento más profundo de los cuidados paliativos, definir el perfil del paciente con el que vamos a trabajar y los recursos de los que disponemos para ello, y desarrollar los objetivos de nuestro protocolo.
Se ha iniciado un registro de los pacientes con cardiopatía severa en situación terminal que han ingresado en nuestro servicio y que han recibido cuidados paliativos. Nuestro objetivo inicial, es que al menos el 80% de los pacientes con cardiopatía severa en situación terminal ingresados en nuestro servicio hubiesen recibido la información sobre los cuidados paliativos y se hubiese registrado la decisión terapéutica consensuada en su historia clínica. Dicho recuento será analizado al finalizar el calendario previsto (31 de marzo de 2020) de cara a poder disponer de la mayor muestra posible de pacientes.
En la misma línea, otro de los objetivos es entregar la encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes que habían recibido cuidados paliativos durante la hospitalización en nuestro servicio. Creemos que es una herramienta fundamental para conocer como se está llevando a cabo nuestro trabajo, ya que en realidad, el fin de los cuidados paliativos es la prevención y el alivio del sufrimiento tanto del paciente como de los que lo rodean, y éste no es ítem que se pueda medir de forma cuantitativa. La meta definida es que al menos el 50% de las familias entreguen la encuesta de satisfacción. Dicho recuento también analizado al finalizar el calendario previsto (31 de marzo de 2020).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en nuestro país. Y no solo provoca una elevada mortalidad, sino que en muchas ocasionales, causa un progresivo deterioro funcional que conlleva un alto sufrimiento en los pacientes y sus familiares. A pesar de las recomendaciones, los pacientes cardiológicos reciben una intervención de cuidados paliativos de forma tardía y en porcentajes mucho menores que otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1371

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA TERMINAL

enfermos (por ejemplo, los oncológicos). Por todo ello consideramos que la divulgación de los cuidados paliativos en Cardiología es fundamental, y ésta es una de las principales metas de este protocolo.
Consideramos que estos primeros meses han sido claves para poder conseguir un conocimiento profundo de los cuidados paliativos cardiológicos y establecer nuestra línea de trabajo. Durante estos meses, además, se ha comenzado a trabajar en nuestro servicio de forma habitual en la historia clínica electrónica, lo que facilita que todos los profesionales que están en contacto con nuestros pacientes tengan acceso a la información acerca de los cuidados paliativos. Creemos que esto es fundamental para poder ofrecer unos cuidados homogéneos y de calidad, de forma que prime la calidad de vida de nuestro paciente de manera integral.
Por otra parte, sabemos que en muchas ocasiones no es fácil definir el pronóstico en la enfermedad cardiovascular, especialmente en la insuficiencia cardiaca, lo que hace difícil establecer cuándo y cómo son más efectivos los cuidados paliativos. Creemos que el desarrollo de este protocolo puede resultar beneficioso para los profesionales que trabajamos con pacientes con cardiopatía terminal, de cara a poder identificar más precozmente a estos pacientes y familiarizarnos con una serie de fármacos, habitualmente menos empleados en nuestra práctica diaria.
La formación en cuidados paliativos y en comunicación en malas noticias es a menudo escasa en los profesionales sanitarios. Consideramos que es fundamental poder emplear recursos en ello, de forma que podamos ofrecer una atención de calidad en los últimos días de los pacientes con cardiopatía terminal.
Por último, nuestro trabajo requiere fundamentalmente recursos humanos, ya que se trata de ofrecer unos cuidados que realmente ya están disponibles en el hospital pero que tradicionalmente han sido infrautilizados en algunos servicios acostumbrados a “curar”, más que a “paliar”, como es el nuestro. Por ello, consideramos que es totalmente sostenible y que puede suponer un gran beneficio en una población cada vez más añosa y con más comorbilidad como es la nuestra.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1371 ========== ***

Nº de registro: 1371

Título
PROTOCOLO DE ATENCION AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CON CARDIOPATIA TERMINAL

Autores:
RUIZ ARANJUELO ALEJANDRA, CABALLERO JAMBRINA ISABEL, JIMENO SANCHEZ JAVIER, GAMBO RUBERTE ELENA PATRICIA, PEIRO AVENTIN BELEN, DE LAS CUEVAS LEON DAVID, ALONSO VENTURA VANESA, HURTADO RODRIGUEZ GABRIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares afectan a millones de personas en el mundo y siguen siendo la primera causa de mortalidad en nuestro país.
A pesar de los grandes avances científicos y tecnológicos experimentados en el área de cardiología en los últimos años, existe un porcentaje no despreciable de pacientes con patología cardiovascular avanzada sin posibilidad de opciones terapéuticas curativas. Por otra parte, el aumento progresivo de la esperanza de vida en los países occidentales ha condicionado que muchos pacientes ancianos desarrollen algún tipo de enfermedad cardiovascular al final de la vida.
Todo paciente con enfermedad terminal tiene derecho a disponer de una serie de cuidados y atenciones, entre ellos, no sufrir inútilmente, respeto a su libertad de conciencia, conocer su situación, opinar sobre posibles intervenciones y recibir asistencia psicoespiritual. Los cuidados paliativos deben dirigirse al control de los síntomas tras el diagnóstico de una enfermedad incurable y no iniciarse en la fase de agonía. O lo que es lo mismo, priorizar el tratamiento sintomático frente al tratamiento curativo, ya que, en muchos casos, estos pacientes son sometidos a tratamientos y procedimientos diagnósticos no necesarios, que lejos de mejorar, empeoran la calidad de vida de estos pacientes, además de consumir recursos sanitarios innecesarios.
Este tipo de cuidados están poco desarrollados en el ámbito de la enfermedad cardiovascular terminal a diferencia de otro tipo de enfermedades como las oncológicas.
Una de las decisiones más difíciles de adoptar es determinar la orden de no reanimar. Orden clínica que se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1371

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA TERMINAL

fundamenta en dejar de aplicar una reanimación cardiopulmonar en caso necesario. La decisión de no reanimar debe figurar explícitamente en la historia del paciente con cardiopatía terminal tras ser consensuada con el paciente (si es posible), su familia y el cardiólogo responsable.
Existe evidencia en la literatura de que los pacientes que conocen su diagnóstico y su pronóstico, participan más en la toma de decisiones y tienen un mejor control sintomático, aunque no todos quieran información o tener que decidir.
Aunque, como ya se ha comentado, los cuidados paliativos de los pacientes con cardiopatía terminal no deben reservarse para los últimos momentos de la vida, el proyecto que presentamos, no obstante, se fundamenta principalmente en la última fase de la enfermedad, incluyendo la fase de la agonía, momento en el que el paciente está muy próximo a la muerte (días u horas). Creemos que es necesario redefinir los objetivos terapéuticos en la atención de los pacientes que se encuentren en esta fase terminal de la enfermedad, no siempre bien entendidos y enfocarlos exclusivamente al mayor confort posible del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto va dirigido a los pacientes con cardiopatía severa, grave y situación terminal que ingresen a cago del Servicio de Cardiología del HUMS.
- Disponer de un mayor conocimiento de la enfermedad cardiovascular terminal.
- Conseguir el máximo bienestar del paciente con enfermedad cardiovascular terminal desde un punto de vista integral.
- Homogeneizar los cuidados proporcionados al final de la vida.
- Establecer el marco ético y legal en el que vamos a llevar a cabo nuestra actividad asistencial en el paciente terminal.
- Instruir a los profesionales sanitarios que trabajan con pacientes en fase terminal.
- Contribuir al uso adecuado de los recursos disponibles.

MÉTODO
- Protocolización del tratamiento paliativo de la sintomatología en el paciente con cardiopatía terminal.
- Definir un procedimiento de sedación paliativa, consensuado con el paciente y la familia.
- Poner en marcha un registro de los pacientes con implante del protocolo de cuidados paliativos para su posterior evaluación periódica
- Realizar al menos dos sesiones en el servicio
- Definir una encuesta de satisfacción para entregar a la familia al final del proceso
- Detectar pacientes que dispongan de documento de voluntades anticipadas

INDICADORES
- Realizar un protocolo del tratamiento paliativo de la sintomatología en el paciente con cardiopatía terminal (estándar: si/no)
- Realizar un protocolo de implantación de sedación paliativa (estándar: si/no)
- Realizar dos sesiones clínicas formativas en el servicio (estándar: si/no)
- Pacientes con cardiopatía grave, severa y en situación terminal tratados con sedación paliativa y registro de su situación, así como decisión terapéutica consensuada en la historia clínica / Pacientes con cardiopatía grave, severa y en situación terminal (estándar = 80%)
- Pacientes con cardiopatía grave, severa y en situación terminal tratados con sedación paliativa, con entrega de la encuesta de satisfacción a la familia/ Pacientes con cardiopatía grave, severa y en situación terminal tratados con sedación paliativa (estándar = 50%)

DURACIÓN
Del 1 de mayo de 2019 al 31 de 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 - 2018/1231

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 28/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la anterior memoria de seguimiento enviada el pasado 25/02/2019, hemos continuado con las reuniones programadas de los componentes del Subproceso de post operatorio y alta del proceso global de CIRUGIA CARDIACA.
Durante el año 2019 se realizaron un total de tres de este tipo de reuniones con los miembros integrantes del Subproceso y participamos también con intervenciones del coordinador del Subproceso, en las reuniones convocadas por la Dra. Izquierdo, coordinadora general del Proceso Asistencial de Cirugía Cardiaca.
Como fruto de los acuerdos de estas últimas reuniones, se ha constituido un grupo de información de dicho Proceso para presentación del mismo y conseguir la colaboración de todos los hospitales referidores de pacientes de nuestra comunidad autónoma.
También se han iniciado conversaciones con los representantes de la administración hospitalaria local (H. U. Miguel Servet), para conseguir el desarrollo de la herramienta de la historia clínica electrónica y el paquete informático de gestión en quirófano, que permitirán almacenar todos los datos clínicos relevantes asistenciales y económicos que permitan alcanzar niveles de eficiencia de nuestro PROCESO ASISTENCIAL DE CIRUGÍA CARDIACA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. SE HA COMPLETADO LA REDACCIÓN DE TODOS LOS PROTOCOLOS RELEVANTES DEL SUBPROCESO DE POSTOPERATORIO (ver memoria de actualización pasada).
2. ESTAMOS PENDIENTES DE INSTRUCCIONES PRECISAS Y AUTORIZACIÓN PARA COLGAR EN LA INTRANET DEL CENTRO LOS PROTOCOLOS DESARROLLADOS.
3. SE HA INICIADO LA VALORACIÓN (Dra. Martínez) DE LA IMPLEMENTACIÓN DEFINITIVA EN NUESTRO SUBPROCESO DE LA HERRAMIENTA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE AQUELLOS PACIENTE QUE REQUIEREN TERAPIA INTRAVENOSA DURANTE SEMANAS Y QUE HASTA AHORA HAN PERMANECIDO INGRESADOS EN EL H. U. MIGUEL SERVET HASTA LA CONCLUSIÓN DE DICHO TRATAMIENTO. ESTA INICIATIVA TENDRÁ SIN DUDA UN IMPACTO POSITIVO EN LA VIVENCIA PERSONAL DEL PACIENTE Y EN LOS COSTES ASISTENCIALES DERIVADOS DEL TRATAMIENTO INTRAVENOSO.
4. DESGRACIADAMENTE Y POR CAUSAS ESTRUCTURALES DE LA DINÁMICA DE OTRAS ÁREAS IMPLICADAS EN OTROS SUBPROCESOS RELACIONADOS CON EL NUESTRO, AÚN NO HEMOS INICIADO LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS INDICADORES DE CALIDAD PROPUESTOS PARA ESTE PROYECTO, QUE QUEDARON ENUNCIADOS EN LA MEMORIA DE SEGUIM,IENTO ANTERIOR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
NUESTRA PERCEPCIÓN ES DE HABER IDO MÁS LENTOS EN LA DINÁMICA QUE TENÍAMOS DEFINIDA CON ANTERIORIDAD, Y NO HA SIDO POR LA IMPLICACIÓN DESINTERESADA DE CADA MIEMBRO DEL SUBPROCESO QUE NOS OCUPA.
NECESITAMOS DINAMIZACIÓN, LIDERAZGO Y RECURSOS SUFICIENTES PARA LOS OBJETIVOS PROPUESTOS, QUE DEBEN BRINDARSE POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS.
ESTAMOS PLENAMENTE CONVENCIDOS QUE ÉSTA ES UNA INVERSIÓN A FUTURO, DE ALGÚN MODO PIONERA EN EL ÁMBITO NACIONAL Y DE LA QUE SON SUS BENEFICIARIOS REALES LOS USUARIOS, QUE SOMOS TODOS, DEL SISTEMA SANITARIO DE ARAGÓN.

7. OBSERVACIONES.
COMO HUMILDES REPRESENTANTES DEL CAPITAL HUMANO DEL SALUD, DEMANDAMOS RECURSOS PARA SER CADA VEZ MÁS COMPETITIVOS Y EFICIENTES.

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

Nº de registro: 1231

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

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

1. TÍTULO

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Desde sus comienzos hace más de medio siglo, la cirugía cardiovascular (CCV) tal y como la entendemos hoy, ha ido desarrollándose e implantándose al amparo de la evolución técnológica y la miniaturización. Paralelamente, y a raiz de los buenos resultados consolidados de la terapia quirúrgica cardiovascular, se han ido ampliando indicaciones sobre un amplio espectro de patologías congénitas y adquiridas, así como dirigidas a un grupo cada vez más complejo de pacientes.
Esta demanda creciente de complejidad técnica y asistencial ha promovido políticas basadas en la menor agresión quirúrgica y en la recuperación precoz de estos pacientes ("fast track").
Este nuevo enfoque del postoperatorio pretende un manejo más eficiente y un más adecuado consumo de recursos, tendentes a la recuperación precoz del paciente y a una más rápida alta hospitalaria. Esta nueva filosofía de tratamiento se continua con la rehabilitación postoperatoria extrahospitalaria y con la reincorporación socio laboral temprana de los pacientes en el caso de sujetos en edad laboral. En los pacientes ya jubilados, pretende aportar calidad a los años de esperanza vital.

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

MÉTODO
PRIMERA FASE:
1. Constitución de un grupo de trabajo multidisplinar integrado por más de veinte profesionales pertenecientes a quince estamentos clínicos o auxiliares, implicados en la gestión del postoperatorio en CCV.
2. Reuniones periódicas (quincenal o mensual) para consensuar los distintos protocolos propuestos para optimizar y hacer más eficiente el tratamiento de estos pacientes.
SEGUNDA FASE:
3. Una vez establecidas las directrices a seguir, plasmarlas en una guía de actuación clínica y de enfermería a disposición de los distintos profesionales implicados en el cuidado del paciente intervenido de CCV. Esta actuación protocolizada hará más uniforme nuestras estrategias de tratamiento en cada caso concreto. Se requerirá la impresión y edición de distintos manuales y folletos de divulgación a pacientes y familiares.
4. Definir los objetivos de análisis ulterior para evaluar los beneficios de las estrategias adoptadas.
TERCERA FASE:
5. Evaluación al alta de cada paciente y al año de la intervención para conocer los resultados obtenidos desde un punto de vista clínico y a ser posible definir el impacto económico, en término de costes, de las medidas implementadas. Será necesario disponer de un programa de información, basado en el contacto mediante formularios, con los cardiólogos referidores y con el propio paciente. Asimismo serán necesarias distintas herramientas informáticas de análisis masivo de variables clínicas y posibles costes repercutidos.
6. Publicitación de los resultados del proyecto de gestión en el ámbito autonómico (comunidad cardiológica proveedora de pacientes y sociedad civil en general). Para ello se realizarán sesiones informativas específicas dirigidas a los profesionales sanitarios relacionados con este tipo de pacientes y será necesario recurrir a los medios corporativos de comunicación y gabinete de prensa institucional para difusión general a la población aragonesa.

INDICADORES
1. Control y disminución de la tasa de fibrilación auricular postoperatoria hasta un 10% de los pacientes intervenidos.

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

1. TÍTULO

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

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

DURACIÓN
PRIMERA FASE: Abril a Septiembre de 2018
SEGUNDA FASE: Octubre a Diciembre de 2018
TERCERA FASE: Enero a Abril 2019 (análisis preliminar). Posteriormente estaremos en evaluación anual permanente, introduciendo las medidas de corrección adecuadas en cada momento, para mantener los objetivos propuestos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HBP

Fecha de entrada: 23/02/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIO SERRADILLA MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRABLO REQUEJO ALEJANDRO
CLARACO VEGA LUIS MANUEL
BAJADOR ANDREU EDUARDO
SANZ PARIS ALEJANDRO
PASCUAL BELLOSTA ANA
LARA MORENO NURIA
MORATA CRESTO BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas durante 2019 son las siguientes:
- Análisis de la morbimortalidad perioperatoria en cirugía pancreática y hepática de años 2017-2018.
- Revisión bibliográfica de la evidencia en Rehabilitación Multimodal en cirugía hepatobiliopancreática.
- Elaboración de una Gruía de Rehabilitación multimodal en cirugía pancreática (abril 2019).
- Elaboración de una Gruía de Rehabilitación multimodal en cirugía hepática (noviembre 2019).
- Implementación de las guías en la práctica clínica.
- Difusión de las guías a los servicios implicados para su implementación en la práctica clínica diaria.
- Creación de bases de datos prospectivas.
- Comparación de morbimortalidad pre y post implantación de las Guías de RMM.
- Hemos entrado a formar parte del GERM (Grupo Español de Rehabilitación Multimodal), que actualmente está implementando las guías RICA (Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal) del Ministerio de Sanidad, con auditoría de los resultados.
- Estamos elaborando el primer trabajo del Grupo para su presentación en el IV Congreso de Rehabilitación Multimodal en marzo de 2020 en Alicante.

Se han llevado a cabo 6 reuniones del Grupo de Trabajo. Hemos tenido un ligero retraso en el análisis de los resultados de años previos a la implantación de ambas guías de trabajo al haber tardado más de un año desde el servicio de Documentación en proporcionar dichos datos.

Ha habido un retraso en la elaboración de la guía de cirugía hepática, presentándose en noviembre, por lo que aun no disponemos de resultados semestrales ni anuales.

Se han realizado 2 sesiones multidisciplinares para presentar ambas ambas guías a los servicios implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cirugía Pancreática: Morbimortalidad Pre / Post inicio protocolo (en %, salvo estancia en días)

- Estancia UCI: 8,7 / 3,9 (-55,2%).
- Estancia total: 23,9 / 17,5 (-26,7%).
- Fístula biliar: 12,5 / 20,8 (+60,1%).
- Fístula pancreática: 54,2 total (20,8 B-C o grave) / 16,7 (0)%.
- Fístula gastrointestinal: 5,1 / 2,3 (-54,9%).
- Fístula quilosa: 5,2 / 2,9 (-44,3%).
- RVG: 37,5 / 4,2 (-88,8%).
- Hemorragia: 20,8 / 16,7 (19,7%).
- Colección IIA: 12,5 / 12,5 %.
- Complicaciones totales: 46,3 / 39,2 (-15,3%).
- Complicaciones médicas: 41,7 / 41.2 (-1,2%).
- Reintervención (CPRE, Rx intervencionista o cirugía): 29,2 / 20,8 (-28,7%).
- Reingreso: 12,5 / 8,3 (-33,6).
- Exitus: 16,7 / 4,2 (-74,8%).
- Complicaciones graves: 37,5 / 20,8 (-44,5%).

Cirugía Hepática: Morbimortalidad Pre / Post inicio protocolo (en %, salvo estancia en días)

- Hemorragia: 3,4 / 2,9 (-14,7%).
- Fístula biliar: 17,2 / 14,3 (-16,8%).
- Asbceso IIA: 15,3 / 13,8 (-9,8%).
- Insuficiencia hepática: 9,3 / 7,2 (-22,5%).
- Reingreso: 16,9 / 14,2 (-15,9%).
- Reintervención (CPRE, Rx intervencionista o cirugía): 4,8 / 4,7 (-2,1%).
- Mortalidad: 4,8 / 4,1 (-14,6%).
- Estancia UCI: 7,4 / 5,8 (-21,6%).
- Estancia total: 12,3 / 11,1 (-9,7%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HBP

- Complicaciones médicas: 23,2 /22,2 (-4,3%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La introducción de protocolos de Rehabilitación Multimodal disminuye de forma significativa la aparición de complicaciones postoperatorias, con una disminución considerable de la estancia en UCI y estancia hospitalaria total, así como de los costes sanitarios por la disminución en la utilización de recursos. Los resultados expuestos en el apartado 6 avalan la sostenibilidad del proyecto. Nos falta realizar un análisis de los datos de morbimortalidad en cirugía hepática a más largo plazo (1 año) con el fin de tener unos datos más exhaustivos. Nos incluimos dentro de Grupo Español de Rehabilitación Multimodal para poder poner en común estos datos con otros grupos y, así mismo, poder ser auditados por una fuente externa.

7. OBSERVACIONES.
Los datos proporcionados por el Servicio de Documentación han precisado ser contrastados con las historias clínicas, pues la codificación en muchos casos es incorrecta e insuficiente. Debería haber una codificación más adecuada a los ítems que manejamos en Cirugía Hepatobiliopancreática.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1284 ========== ***

Nº de registro: 1284

Título
GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

Autores:
SERRADILLA MARTIN MARIO, SERRABLO REQUEJO ALEJANDRO, BAJADOR ANDREU EDUARDO, PASCUAL BELLOSTA ANA, TORO NUÑEZ MAXIMILIANO, CLARACO VEGA LUIS MANUEL, SANZ PARIS ALEJANDRO, DIEZ ALONSO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La cirugía HBP es una área de la cirugía con una morbimortalidad importante (25% de morbilidad y 5% de mortalidad en cirugía hepática y 50% de morbilidad y 10% de mortalidad en cirugía pancreática). La aplicación de las guías de RMM supone una disminución de esta morbimortalidad, una menor estancia postoperatoria, un acortamiento en el tiempo de recuperación para el paciente y una diminución de los costes sanitarios. Actualmente se realizan 200 cirugías de este tipo anualmente en el Hospital Miguel Servet. La alta prevalencia de complicaciones condiciona largas estancias postoperatorias y un importante consumo de recursos. La sistematización del proceso perioperatorio conlleva mejores resultados a corto plazo, menor consumo de recursos y una más rápida y mejor recuperación para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Análisis de la morbimortalidad perioperatoria facilitados por Control de Gestión del HUMS.
- Creación de una guía de RMM en cirugía pancreática y hepática basada en la evidencia científica existente.
- Difusión de las guías a los distintos servicios implicados.
- Implementación de dichas guías en la práctica clínica.
- Creación de bases de datos prospectivas.
- Fomentar la publicación de los resultados en revistas médicas.
- Disminución de la tasa de morbilidad en cirugía pancreática un 10% y hepática un 5%.
- Disminución de la tasa de reingresos, estancia en UCI y estancia media al menos un 10%.
- Disminución de la mortalidad un 1% en cirugía hepática y 2% en cirugía pancreática.
- Aplicación del protocolo de RMM al menos al 50% de los pacientes intervenidos por patología HBP.

MÉTODO
- Constitución del grupo.
- Análisis de la morbilimortalidad en cirugía HBP de 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HBP

- Revisión blibliográfica de la evidencia científica.
- Elaboración de la Guía de RMM en cirugía pancreática y hepática.
- Difusión de las guías en sesiones clínicas.
- Aplicación de la guía de RMM.
- Elaboración de base de datos prospectiva y recogida de datos.
- Análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de la guía a los 6 meses y al año de la puesta en marcha.

- Comunicación de los resultados a los servicios implicados.
- Publicación de los resultados en revistas de impacto.

INDICADORES
CIRUGÍA PANCREÁTICA:
Hemorragia, fístula pancreática, retraso del vaciamiento gástrico, fístula gastroyeyunal, fístula biliar, absceso intraabdominal, diarrea, transfusión postoperatoria, fístula quilosa, reintervención, reingreso, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones.
HEPATECTOMÍA
Hemorragia, fístula biliar, absceso intraabdominal, insuficiencia hepática, reingreso, reintervención, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones.
Fuente de datos: Control de Gestión del HUMS.
Estándares en cirugía pancreática: morbilidad < 50%; mortalidad < 10%.
Estándares en cirugía hepática: morbilidad < 25%; mortalidad < 2-3%.

DURACIÓN
- Jun 2018: constitución del grupo.
- Jul-sept 2018: revisión de la bibliografía.
- Oct-Nov 2018: elaboración de guía de RMM en cirugía pancreática.
- Dic 2018: difusión de la guía a los servicios implicados.
- En 2019: aplicación de la guía en cirugía pancreática. Elaboración de base de datos.
- Abr-may 2019: análisis resultados primer trimestre 2019 y elaboración de guía en cirugía hepática.
- May-jun 2019: difusión de guía en cirugía hepática.
- Jul 2019: aplicación guía en cirugía hepática y análisis resultados primer semestre.
- Ene-feb 2020: análisis resultados anuales en cirugía pancreática y primer semestre en cirugía hepática.
- Jun-jul 2020: análisis resultados anuales aplicación de guía RMM en cirugía hepática.

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 - 2019/0030

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LOURDES LAHUERTA LORENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANZUELA VALERO MANUELA
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER
CANTIN BLAZQUEZ SONIA
MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD
ASENSIO AROSTEGUI ROSA
MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha revisado y actualizado la cartera de servicios de los procedimientos de cirugía sin ingreso de cada uno de los Servicios quirúrgicos.

Se han actualizado dos protocolos "Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios en la UCSI" y "Valoración anestésica preoperatoria en CSI".

Se ha trabajado en la mejora de los tiempos quirúrgicos para adecuar el Rendimiento quirúrgico.

Se han mantenido reuniones con los Servicios de Cirugía Maxilofacial, Cirugía General, Traumatología y Unidad del Dolor. También se han revisado los tiempos quirúrgicos con objeto de programar en función de los mismos.

Se ha trabajado en disminuir las suspensiones quirúrgicas con causas evitables, y se está modificando la Hoja de recogida de causas de suspensión. Esto ha supuesto mejorar el conocimiento de las causas de suspensión, fundamentalmente las de mala preparación y las de no asistencia del paciente.

Aumentar el índice de sustitución de procedimientos seleccionados no se ha podido realizar este año, por lo que se propone continuar durante el año 2020 con este objetivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Porcentaje de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso: 100%.
Porcentaje de guías, vías, protocolos actualizados: 100% de los propuestos("Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios en la UCSI" y "Valoración anestésica preoperatoria en CSI").
Mejorar el Rendimiento quirúrgico (suma de tiempo del paciente en quirófano durante las horas programadas (entrada y salida de quirófano)/número total de horas programadas. Estándar: 56,7%.
Aumentar el índice de sustitución (Nº procedimientos realizados en UCSI/ Nº procedimientos susceptibles de realizarse en UCSI) de los siguientes procedimientos:
- -. Artroscopia de rodilla: 6%%.
- -. Hallux valgus :50%.
- -. Hernioplastia inguinal :59%.
- -. Fisurectomia anal: 75% y hemorroidectomía 28%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La mejor utilización de los medios materiales puestos a disposición por un sistema público de salud es una de las razones que justifican nuestro proyecto de optimización de la Unidad de Cirugía sin ingreso de nuestro Hospital. La reducción de los gastos derivados de la estancia hospitalaria y una reintegración laboral más rápida del paciente operado son razones fundamentales para potenciar las técnicas de cirugía mínimamente invasiva y los programas de cirugía ambulatoria (CA) y de corta estancia, en búsqueda de una mayor eficiencia de los servicios quirúrgicos.

Nuestro objetivo principal es mejorar la calidad asistencial del paciente. En este contexto los adelantos tecnológicos han sido muy importantes, pero es fundamental también que la asistencia sea mucho más personalizada a la vez que se mejora la gestión del hospital, se liberan camas y se reducen costes económicos.

Hay que destacar también la multidisciplinariedad entre los diferentes servicios del hospital que participan en estos programas y la necesidad de concienciación para que todo el mundo esté motivado.

Por ello, se propone la continuidad del Proyecto con objeto de desarrollar un Plan de optimización y concienciación para potenciar la Cirugía Mayor Ambulatoria en nuestro Hospital.

También seguir con alguno de los objetivos pendientes como actualizar nuevos procedimientos de la Cartera de

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

1. TÍTULO

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

Servicios de Cirugía Vascular, Cirugía General y Unidad del Dolor.

Y potenciar la utilización de la Unidad para Artroscopias, para realizar Hallux valgus, comenzar a hacer Ligamentos cruzados y las artroscopias de hombro.

También potencián la inclusión en la Cartera de servicios de la Unidad de procedimientos de Cirugía general como la cirugía proctologica y de ORL como la microcirugía de laringe.

7. OBSERVACIONES.
Durante el año 2019 no se ha podido trabajar en horario de tarde por la suspensión de la actividad quirúrgica por falta de anestesiológos. Esta circunstancia también ha repercutido en la actividad de mañana con lo que la consecución de los objetivos del proyecto se ha visto muy condicionada. Fundamentalmente, en el caso de los hallux valgus, fisurectomías y hemorroidectomías.

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

Nº de registro: 0030

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

de suspensión y difusión del mismo.

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

DURACIÓN
Duración prevista es de 12 meses:

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

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 - 2019/1383

1. TÍTULO

INTEGRACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA COLORRECTAL EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 24/12/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA DUQUE MALLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GERMAN ANTONIO
MATUTE NAJARRO MARIA SOLEDAD
SANTERO RAMIREZ MARIA-PILAR
DE MIGUEL ARDEVINES MARIA CARMEN
SANCHEZ FUENTES MARIA NIEVES
SAUDI MORO SEF
GASCON FERRER SABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Cambios en la estructura organizativa, asignación de profesionales y cambios de funciones entre áreas o niveles asistenciales:

1.1 Auditoria de calidad y PRIMERA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CERTIFICADA EN ARAGON (Mayo 2019).Ha colaborado la Unidad de Coloproctologia/ Cirugía Colorrectal (UCP).
1.2 CIRCUITOS PREFERENTES para los pacientes remitidos desde el Servicio de Urgencias, Digestivo u otros profesionales de la salud. Interconsulta a Digestivo de todos los pacientes ingresados en la UCP con constancia en la Historia Clínica del contacto y de la decisión tomada (año 2019 y siguientes)
1.3 Mejoras en los servicios y prestaciones a los pacientes: REGISTRO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA POR EII y acortamiento de tiempos de espera en cirugía programada (que antes estaba garantizado a 6 meses para patología benigna). Desarrollo de un REGISTRO DE PACIENTES INTERVENIDOS DE EII DESDE 2016 hasta la fecha y siguientes.
1.3 Participación activa del equipo de UCP en el manejo de pacientes con EII hospitalizados con ATENCION CONTINUADA en guardias y consultas externas. Consultas externas con cirujanos con dedicación preferente a la EII.

2. Cambios en los procesos:

2.1 NUEVOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS: abordaje laparoscópico mayoritario en EII, anastomosis de Kono, pared abdominal compleja en fístulas enterocutáneas (2019)
2.2 POTENCIACIÓN DE NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN DE EII: introducción de la rehabilitación multimodal, abordaje del tratamiento conjunto de la patología anorrectal (inicio en 2019 e implantación en 2020).
2.3 INFORMES de actividad quirúrgica, consultas externas y asesoramiento en el embarazo (2019)

3. Formación y comunicación:

3.1 Asistencia a programas de capacitación y mejoras de competencia:

3.1.1 INTERNACIONAL: Curso "Optimizing IBD Surgery . EMEA Symposium". Hamburgo, Alemania (9-19/5/19). Dra Duque
3.1.2 NACIONAL: Jornada Takeda (11/2018) y II Jornada Takeda II (10/2019) de Cirugía Colorrectal en EII celebradas en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Doctores Duque, Martinez, Matute, Santero, de Miguel.
3.1.3 NACIONAL: Mesa redonda nacional de Enfermedad inflamatoria intestinal y actualización de la colaboración REIC. XXIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Coloproctología (AECP). Valladolid, 15-17/5/19. Dra Duque, dra Santero.
3.1.4 LOCAL: Curso de acreditación de Darvadstrocel (Alofisel) para todos los miembros de la UAI de EII del HUMS (Diciembre 2019). Tratamiento mediante medicina regenerativa de las fístulas anales en Enfermedad de Crohn (alotransplante de células madre). Responsables quirúrgicas dra Santero y dra Duque en próxima fase de acreditación en Enero 2020 en Madrid.

3.2 Iniciativas docentes y de investigación
3.2.1 INVESTIGACIÓN NACIONAL: Inclusión del HUMS en el registro nacional de EII y cirugía, REIC, hasta Junio del 2020. Dra Duque y Dr Milian (MIR).
3.2.2. UNIVERSIDAD/MASTER: Direccion del TFM del dr Milian sobre Outcomes/ Resultados en cirugia de la EII (2019-2010). Dra Duque.
3.2.3 DIVULGACION DE NUESTA UAI EN ÁMBITO AUTONÓMICO: Comunicación “La UAI en EII en el Hospital universitario Miguel Servet: Resultados (outcomes) de la cirugía coloproctológica (2016- 2019)” . D Millian (MIR), D Aparicio (MIR), I Gascón, S Saudí, E Delgado, V Duque. XXI Reunión de la Sociedad Aragonesa de Cirugía 26 /11/2019,Teruel.

4. Colaboración y red de contactos entre profesionales y entre éstos y los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1383

1. TÍTULO

INTEGRACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA COLORRECTAL EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

4.1 COMITÉ INTERDISCIPLINAR HOSPITALARIO DE EII desde Junio 2018, avalado por la UCA del hospital y con valor curricular. Reuniones periódicas los primeros jueves de cada mes. Asiste todo el equipo de la UCP.
4.2 Primera REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EII EN ZARAGOZA (HCU + HUMS), una visión compartida (12-3-19, Zaragoza), de ámbito regional. Cirugía participa con la ponencia: "Resultados del tratamiento quirúrgico de la EII en la unidad de Coloproctología del HUMS", dra Duque. Dra Santero, dra Matute y dra Gascón.
4.3 CIRUGÍA Y ENFERMERÍA: Acreditación quirúrgica conjunta con Enfermería de quirófano en tratamiento de fístulas anales con Alofisel, Madrid 14-1-2020. Consulta de estomas en el mismo espacio físico que Cirugía con enfermera especializada.
4.4 Reunión de la ASOCIACION DE PACIENTES ACCU Aragon (14-10-19, Caixaforum, Zaragoza) bajo el lema “Escuchando al paciente, una tarea pendiente”. Participa en la discusión la dra Duque.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
6.1 PARTICIPACION EN EL COMITÉ DE EII e indicación quirúrgica multidisciplinar y con el paciente: cumplimiento 100%
6.2 REGISTRO QUIRÚRGICO actualizado de los pacientes intervenidos de EII: Disponemos de un registro de casos desde 2018 a 2020 con 100 pacientes intervenidos de EII. En el año 2019 se han intervenido 24 pacientes con EII, 8 de ellos por patología anorrectal. Hay 5 pacientes intervenidos de urgencia.
6.3 Nº DE CIRUGÍAS ELECTIVAS y todas realizadas por cirujanos de la UCP. Previstas > 15, realizadas 24.
6.4 AMPLIACION DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OFERTADOS en EII: nueva anastomosis de KONO (1), laparoscopia en resecciones ileocecales (100%).
6.5 RESERVORIOS ILEOANALES: Indicados solamente en CU, no se ha realizado ninguno por consenso de la UAI.
6.6 TASAS DE MORBILIDAD GRAVE (Dindo 3 y 4) en cirugía programada con ingreso en UCI < 5%: Cumplimiento 100%
6.7 MORTALIDAD en cirugía electiva <2%: Sin mortalidad.
6.8 INCLUSION DEL HOSPITAL EN EL REGISTRO NACIONAL REIC DE EII para seguimiento y morbimortalidad en cirugia EII.
6.9 SEGUIMIENTO DE CANCER COLORRECTAL EN EII: 11 pacientes desde 2016, 1 en 2019.
6.10 ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN ESTOMAS: Entrevista con un enfermero/a especializado en ostomías, circuito de estomas en el 100% de casos, registro de ostomizados. Ningún estoma nuevo en 2019 por EII.
6.11 COMPROMISO CON LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN: cumplimiento 100%. 5 reuniones científicas, 1 comunicación, 2 ponencias, 1 TFM en curso, 1 colaboración nacional al registro REIC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
7.1 El clima laboral de la Unidad mejora cuando se le incluye en un programa con objetivos claros y misiones bien definidas a realizar en equipo.
7.2 Con la interacción de los equipos en EII surgen nuevas oportunidades como el tratamiento con Alofisel de fístulas anales en enfermedad de Crohn y trabajos de investigación tipo TFM o futuras tesis.
7.3 El trabajo multidisciplinar (clínicos especialistas del hospital y médicos de AP) e interdisciplinar (con Enfermería, Farmacia, Asociaciones de pacientes) permite obtener una visión más amplia de los pacientes y de la patología que estamos tratando y plantearnos no solo la medición de outcomes sino el valor social asociado a la cirugía.

7. OBSERVACIONES.
El HUMS está pendiente de acreditación para tratamiento con células madre (Alofisel) de las fístulas anales en enfermedad de Crohn y la UCP colabora para lograr este objetivo. Se trata de un tratamiento innovador que nos convertiría en hospital de referencia en este campo.

El tratamiento se administra a fístulas perianales complejas en pacientes adultos con enfermedad de Crohn (EC) luminal inactiva o leve, cuando las fístulas han presentado una respuesta inadecuada a, como mínimo, un tratamiento convencional o biológico. Darvadstrocel se debe utilizar tras el acondicionamiento de la fístula y se precisa un equipo quirúrgico experimentado.

El equipo de la UCP ha registrado 28 intervenciones de cirugía anal desde 2016, 8 en este año 2019. Se prevé que puedan participar en el programa de Alofisel 3-5 casos anuales.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1383 ========== ***

Nº de registro: 1383

Título
INTEGRACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA COLORRECTAL EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1383

1. TÍTULO

INTEGRACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA COLORRECTAL EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

DUQUE MALLEN MARIA VICTORIA, MARTINEZ ANTONIO, MATUTE MARIA SOLEDAD, SANTERO MARIA PILAR, DE MIGUEL MARIA CARMEN, BUENO ALVARO, NOGUES ANA, SANCHEZ NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) engloba la Colitis Ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC). Su origen es multifactorial y de curso crónico con brotes de mayor actividad y periodos asintomáticos. Al ser incurables en el momento actual, los tratamientos actuales se orientan a mantener la remisión clínica pero un 70% de pacientes con EC y 30% con CU precisaran cirugía (en España 5000 pacientes al año). Las Unidades de Cirugía Colorrectal (UCC) deben homogeneizar sus procedimientos con protocolos actualizados e integrarse en Unidades Asistenciales Integrales (UAI) para reducir la variabilidad organizativa y terapéutica. En este marco de actuación el 6 de marzo de 2018 el Hospital Universitario Miguel Servet inicia el proceso de reconocimiento de la UAI de EII en el que los cirujanos colaboran planteándose algunas líneas de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
1) Integración de la UCC en su UAI de referencia. La reducida población aragonesa hace necesaria la concentración de esta patología en centros de referencia para acumular experiencia en los casos más complejos. En Aragon existen la UAI del HCU y la del Hospital Miguel Servet. Nosotros hemos intervenido en lo tres últimos años 74 pacientes, 55 con cirugia abdominal y 19 con problemas anorrectales. En 2018, 12 pacientes requirieron cirugía abdominal compleja y la tendencia es al alza, algunos con sucesivas cirugías.

2) Metodología Interdisciplinar trabajando con gastroenterología, radiodiagnóstico, farmacia hospitalaria, dermatología, reumatología, ginecología obstetricia, enfermería, nutrición, anatomía patológica y psicología. Se realizan sesiones conjuntas periódicas y trabajo de interconsulta continuado.

3) Atención personalizada: Los pacientes demandan a los cirujanos un conocimiento personalizado de sus historias clínicas, acceso a tratamientos nuevos e innovadores, menos dolorosos y menos agresivos y una atención continuada.

4) Gestión eficiente de los recursos quirúrgicos: reducción de listas de espera quirúrgicas, atención continuada del equipo de EII y soporte informativo y administrativo para ciertas fases de la vida de los pacientes (asesoramiento sobre embarazo, apoyo en viajes, etc).

MÉTODO
Realizar los cambios necesarios en la estructura organizativa (intervenciones quirúrgicas preferentes), asignación de profesionales (cirujanos experimentados) o cambios de funciones entre áreas o niveles asistenciales (coordinación de derivaciones y traslados de otros centros)
Ofertar mejoras en los servicios y prestaciones a los pacientes: cirugía laparoscópica en EII, resolución de fístulas, pared abdominal compleja, estomas comprometidos, etc.
Cambios en los procesos: crear o modificar protocolos y procedimientos en relación a la EII.
Formación y comunicación: Asistencia a programas de capacitación y mejoras de competencia
Colaboración y red de contactos: Fomentar la interacción entre profesionales y entre éstos y los pacientes

INDICADORES
Registro actualizado de los pacientes intervenidos por EII: mensualmente
Seguimiento de cáncer colorrectal en EII: 100%
La indicación quirúrgica debe hacerse en comités de EIIy con el paciente: 100%
Cirugía electiva realizada exclusivamente por cirujanos de la UCC. Previstas> 15
Entrevista con un enfermero/a especializado en ostomías: circuito de estomas en el 100%
Formación: una actividad relacionada al año, 90% del equipo
Reservorios ileoanales: recomendado con cirujanos con un mínimo de 10/año pero asumible por la larga experiencia en cirugías de oncología pélvica
Tasas de morbilidad grave en programada con ingreso en UCI < 5%
Mortalidad en cirugía electiva <2%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1383

1. TÍTULO

INTEGRACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA COLORRECTAL EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

DURACIÓN
El proyecto tiene un marco temporal de 1 año, con auditoría de resultados y ciclo de mejora continua.

OBSERVACIONES
Bibliografía: Normalización de los Indicadores de Calidad para Unidades de Atención Integral a pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal . GETTECCU (Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa) y normas de acreditación de la CUE.

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 - 2019/1185

1. TÍTULO

PROTOCOLARIZACIÓN MANEJO DE TRATAMIENTO PREOPERATORIO MAXILOFACIAL EN PACIENTE DIABÉTICO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DELSO GIL ELENA
RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA
CAYON GELI CRISTINA
LEGASA PEREZ ISABEL
LAHUERTA MARTINEZ ANA CARMEN
RAMOS NOGUERAS CONSUELO
SANZ PARIS ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se ha realizado un protocolo de tratamiento de las glucemias del paciente diabético en consenso con la Unidad de Nutrición.
-En la planta consta el protocolo para su aplicación.
-Hemos enviado el protocolo a farmacia para que en el momento de la instauración del tratamiento monodosis se pueda aplicar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha logrado la unificación de las pautas de tratamiento según las glucemias de los pacientes, tanto en el momento de ayunas previas a la intervención como en el seguimiento en la planta.
Se ha unificado así mismo con otros dos servicios quirúrgicos con los que compartimos planta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con este protocolo unificamos las pautas de aplicación de insulina según las glucemias. Con ello evitamos confusiones con diferentes pautas, y se toman las medidas pertinentes para que estos pacientes lleguen a quirófano minimizando los riesgos asociados a su patología.
El protocolo está pendiente de aprobación por la Unidad de Calidad pero consta en la planta, y ya se está aplicando.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1185 ========== ***

Nº de registro: 1185

Título
PROTOCOLARIZACION MANEJO DE TRATAMIENTO PREOPERATORIO MAXILOFACIAL EN PACIENTE DIABETICO

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, DELSO GIL ELENA, LOBERA MOLINA FERNANDO, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, CAYON GELI CRISTINA, LEGASA PEREZ ISABEL, LAHUERTA MARTINEZ ANA CARMEN, RAMOS NOGUERAS CONSUELO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
La DM es una condición de hiperglicemia prevalente en la población y quienes la padecen tienen mayor probabilidad de requerir una cirugía en algún momento de su vida.
Es reconocido que la cirugía produce respuesta a estrés en el paciente, desencadenando un desbalance de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1185

1. TÍTULO

PROTOCOLARIZACIÓN MANEJO DE TRATAMIENTO PREOPERATORIO MAXILOFACIAL EN PACIENTE DIABÉTICO

hormonas y citoquinas, favoreciendo un aumento de la glicemia, glucagón, catecolaminas, cortisol y resistencia a la insulina, lo que resulta en el desarrollo de hiperglicemia intra y/o postoperatoria. Se ha demostrado que la hiperglicemia es un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones postoperatorias y de complicaciones cardiovasculares, alterando la respuesta inmune y produciendo un estado proinflamatorio en el período perioperatorio.
Por todo esto creemos necesario protocolarizar el tratamiento preoperatorio de estos pacientes, para evitar en ellos situaciones de hipo o hiperglicemias que darían lugar a mayor probabilidad de complicaciones y morbilidad.
En el momento actual existen protocolos complejos de manejo del paciente diabético, desmesurados para determinadas cirugías o poco adaptados para pacientes que precisan nutrición enteral, por lo que creemos que es necesario tener un protocolo propio.

RESULTADOS ESPERADOS
Mediante la realización de un protocolo de manejo preoperatorio del paciente diabético en Cirugía Oral y Maxilofacial, se conseguirá: un mayor control de la glucemia de estos pacientes, disminuir la variabilidad de pautas, y, por tanto, minimizar las complicaciones derivadas.

MÉTODO
Se realizará un protocolo para el manejo de estos pacientes en nuestro Servicio, con publicación en Intranet. Se coordinará con la Unidad de Nutrición y el Servicio de Endocrinología. Se informará de ello a responsables y personal de la planta y del Servicio para conocimiento y aplicación del mismo.

INDICADORES
Se debe aplicar el protocolo a todo paciente diabético que ingrese en nuestro Servicio para una intervención quirúrgica. Para su evaluación se realizará revisión de Historias clínicas.

DURACIÓN
Abril-Mayo 2019: Redacción de protocolo.
Junio-Julio 2019: Aprobación de protocolo.
Septiembre-Octubre 2019: Implantación de protocolo.
Enero-Febrero 2020: revisión de Historias 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 .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1196

1. TÍTULO

ENTREGA DE HOJA DE RECOMENDACIONES EN PACIENTES TRAS TRATAMIENTO EN QUIRÓFANO DE LOCALES DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA
LOBERA MOLINA FERNANDO
GALLEGO SOBRINO ROCIO
DELSO GIL ELENA
MAHAVE CARRASCO ROSA BLANCA
HERNANDEZ ALONSO TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Redacción de Hoja de Recomendaciones (Mayo 2019).
-Información y consenso en sesión de Servicio y a personal de consultas y quirófano de Cirugía Oral y Maxilofacial.
-Entrega de Hoja de Recomendaciones a pacientes intervenidos (inicio en Junio 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se incluye la entrega de la Hoja de Recomendaciones con toda la documentación que se facilita al paciente tras una intervención en el quirófano de locales de Cirugía Oral y Maxilofacial (informe, recetas y hoja de recomendaciones).
Esto nos facilita el que el paciente comprenda los cuidados a tener tras la cirugía.
La información se entrega con aceptación por parte del Servicio (lo entrega el personal médico) y de pacientes (les tranquiliza tener la información por escrito).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el quirófano de locales de Cirugía Oral y Maxilofacial, la gran mayoría de las intervenciones realizadas precisan los mismos cuidados domiciliarios. El cirujano los explica verbalmente pero el paciente recibe mucha información en poco tiempo. Por eso la decisión de redactar un documento simple pero que resuelva al paciente las posibles dudas que le puedan surgir en casa.

Se seguirá entregando esta hoja de manera sistemática, e incluso se ha planteado la entrega del documento en pacientes que se van de alta desde la planta tras una cirugía oral bajo anestesia general o sedación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1196 ========== ***

Nº de registro: 1196

Título
ENTREGA DE HOJA DE RECOMENDACIONES EN PACIENTES TRAS TRATAMIENTO EN QUIROFANO DE LOCALES DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, LOBERA MOLINA FERNANDO, GALLEGO SOBRINO ROCIO, DELSO GIL ELENA, MAHAVE CARRASCO ROSA BLANCA, HERNANDEZ ALONSO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades derivadas de los dientes, Enfermedades de cavidad oral
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1196

1. TÍTULO

ENTREGA DE HOJA DE RECOMENDACIONES EN PACIENTES TRAS TRATAMIENTO EN QUIRÓFANO DE LOCALES DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

PROBLEMA
En nuestro Servicio se realizan de 13 a 15 intervenciones de Cirugía Oral al día. El paciente, tras una intervención de este tipo recibe un informe del tratamiento realizado y se le dan las recomendaciones a seguir en los días de postoperatorio. Estamos realizando una nueva hoja informativa que explica éstas de forma más simplificada para mayor comprensión del paciente. En estos casos la información que se proporciona es mucha y creemos necesario que el paciente pueda consultar un documento ante las dudas que le surjan. Con estas medidas se proporciona información necesaria para la aplicación de cuidados domiciliarios que previenen la inflamación, mejoran la analgesia y evitan complicaciones postoperatorias.

RESULTADOS ESPERADOS
Realización de hoja de recomendaciones postoperatorias en cirugía oral de fácil comprensión por el paciente. Entrega de la misma a todos los pacientes que se hagan una intervención de cirugía oral para la aplicación de tratamiento domiciliario.

MÉTODO
Se realizará una hoja informativa para los pacientes que van a ser intervenidos en quirófano local de Cirugía Oral y Maxilofacial. Se informará de ello a responsables y personal del quirófano local y del Servicio para conocimiento y aplicación del mismo.

INDICADORES
Se debe entregar la hoja de recomendaciones a todo paciente que se realice una intervención en nuestro quirófano de locales. Control de reparto de hoja informativa y confirmación de pertinencia en pacientes de visitas sucesivas.

DURACIÓN
Abril-Mayo 2019: Redacción de hoja de recomendaciones.
Junio-Julio 2019: Comienzo de entrega de hojas a pacientes intervenidos.
Enero-Febrero 2020: revisión de Historias 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 .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO CARBONEL BUENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIPALDA MARIN JORGE
CARDONA MALFEY RAFAEL
RODRIGUEZ NOGUE LUIS
PINILLA GRACIA CRISTIAN
HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO
POLO PELLICENA MARCOS
BRICIO MEDRANO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Consenso con el Sº de Anestesia para el tipo de paciente y patología a incluir.
Elaboración del protocolo y guía para entregar al paciente con las indicaciones pre y postoperatorias tanto por el Sº de Traumatología como por el de Anestesia.
Adiestramiento en la artroscopia de hombro al personal de enfermería.
Material necesario para su realización en quirófano.
Consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI.
Procedimientos de cirugía artroscópica de hombro en quirófanos de CSI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
artroscopias de hombro en csi / artroscopias de hombro totales. 2/98

nº de pacientes en leq para cirugía artroscópica de hombro con demora > 6 meses. 33 pacientes

estancia media de artroscopias de hombro con ingreso. 1.6 días

en las revisiones en consulta posterior a la cirugía, seguimos sin objetivar diferencias tanto en dolor como en evolución posterior respecto a los pacientes intervenidos con ingreso.

no hemos requerido en ningún caso del ingreso en planta tras la cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante todo el año 2019 se ha producido un estancamiento en la evolución del proyecto. En primer lugar por la casi nula dotación de quirófanos de CSI al Servicio de Traumatología en horario de mañana siendo designados éstos a otros Servicios. Además se suspendió la actividad quirúrgica por la tarde con la consecuente limitación que esto nos supuso.
El personal de enfermería sufrió nuevos cambios y en esta ocasión no ha sido posible su formación debido a la ausencia casi total de actividad quirúrgica por nuestra parte y que impedido su adecuado adiestramiento.

Este proyecto tiene todas las condiciones necesarias y las actividades ya dispuestas para continuar su desarrollo salvo la limitada disponibilidad de quirófano y el cambio continuo del personal de enfermería que limita nuestra actuación. Si ambos problemas se resolvieran, el proyecto podría continuar sin ningún problema ya que desde 2013 se ha venido realizando sin incidencias, ampliando icluso las indicaciones.
Actualmente el proyecto ya está asentado y protocolizado con Anestesia y Enfermería, por lo que una vez resuelto el problema del entrenamiento del personal de enfermería, puede seguir su curso con normalidad sin requerir de nuevas actuaciones.

7. OBSERVACIONES.
El proyecto se considera ya realizado y completo ya que nos permite la realización de cirugía artroscópica de hombro en los quirófanos de Cirugía sin Ingreso aplicando los protocolos ya consensuados y elaborados. Se han intervenido pacientes desde 2013 sin incidencias y sin reingresos, lo que consideramos un periodo de tiempo suficiente para considerar la implantación de dicho proyecto como establecida y no requerir de nuevas medidas salvo las de su mantenimiento.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/26 ========== ***

Nº de registro: 0026

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Título
AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Autores:
CARBONEL BUENO IGNACIO, RIPALDA MARIN JORGE, CAMACHO CHACON JORGE ALBERTO, SOLA CORDON ALEJANDRO, CARDONA MALFEY RAFAEL, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, CALVO LÓPEZ MARIA TERESA, SALAS GARCIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tiempo que permanecen los pacientes en lista de espera para una intervención quirúrgica es muy prolongado. Tal circunstancia ha supuesto un importante deterioro en la atención a este grupo de pacientes, que actualmente sufren una demora de su intervención quirúrgica de alrededor de 1 año, con las consiguientes repercusiones funcionales, laborales y familiares.

Por otro lado, no podemos olvidar los problemas económicos por los que pasa nuestro sistema sanitario. Los pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica de hombro requieren, en las condiciones actuales, ingresar el día previo a la cirugía, recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención, en la mayoría de las ocasiones. Por lo tanto, requieren una estancia hospitalaria de 2 días.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Consenso con el Sº de Anestesia para el tipo de paciente y patología a incluir
2. Elaboración del protocolo y guía para entregar al paciente con las indicaciones pre y postoperatorias tanto por el Sº de Traumatología como por el de Anestesia
3. Adiestramiento en la artroscopia de hombro al personal de enfermería
4. Material necesario para su realización en quirófano.
5. Consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI.
6. Ya se ha comenzado la realización de cirugía con resultados satisfactorios y si ningún reingreso de las patologías incluidas hasta el momento.

MÉTODO
Se va a realizar una ampliación del proyecto ya comenzado incluyendo una nueva indicación quirúrgica, como es la luxación recidivante de hombro simple y compleja, que supone alrededor del 30% de toda la patología artroscópica de hombro intervenida en este centro. Con este efecto realizamos el siguiente proyecto aprovechando el iniciado previamente y mejorándolo y ampliándolo con el efecto de mejorar los resultados.
Para la realización de este proyecto se va a elaborar, junto con el Servicio de Anestesia del CRTQ, la guía clínica preceptiva para la implantación del nuevo procedimiento quirúrgico en la cartera de servicios de la Cirugía Sin Ingreso (CSI).
La primera parte del proyecto sería dotar el quirófano con el material necesario para la cirugía artroscópica. Dicho material ya existe al tratarse de una mejora de un proyecto ya existente.
El proyecto continuaría en la consulta de traumatología con la inclusión de pacientes con luxación recidivante de hombro además de seguir con las indicaciones previas. Posteriormente el paciente deberá asistir a la consulta de Anestesiología, donde se evaluará si cumple los criterios generales para inclusión en el programa de CSI, y si sus condiciones particulares de salud son adecuadas a este tipo de cirugía-.
La cirugía se realizará, siguiendo las indicaciones del Servicio de Anestesia, con anestesia loco-regional y general combinada, que permite el alta el mismo día de la intervención y un control adecuado del dolor postoperatorio inmediato.
Al alta el paciente recibirá el correspondiente informe escrito en el que se consignarán las precauciones a tener por parte del paciente, el tratamiento postoperatorio y la fecha de revisión en la consulta del Traumatólogo.

INDICADORES
Para la monitorización del proyecto se van a usar como índices: artroscopias hombro en CSI/artroscopias hombro totales. Nº de pacientes en LEQ Hombro con demora > 6 meses. Estancia media de artroscopias hombro con ingreso Dichos índices se evaluarán con una periodicidad de 6 meses

DURACIÓN
El nuevo proyecto puede comenzar de inmediato ya que se va a aprovechar la estructura creada previamente y el acuerdo con el Sº de Anestesia ya existe para valorar los nuevos pacientes incluidos con diagnóstico de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

luxación recidivante de hombro. Además el material adicional que se precisa para la realización de dicha cirugía ya está disponible para su uso.

Su duración puede ser ilimitada una vez instaurado.

Este proyecto podría ser aplicado en otros centros del Salud que cumplan con los medios y profesionales adecuados para realizar tanto Cirugía sin Ingreso como cirugía artroscópica de hombro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0086

1. TÍTULO

MEJORA EN REFERENCIA A LA REHABILITACION DEL CODO, EN EL TTº DE FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HUMERO EN LA INFANCIA, TRAS LA RETIRADA DE LA INMOVILIZACION CON ESCAYOLA, CON TTº CONSERVADOR O QUIRURGICO

Fecha de entrada: 12/01/2020

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA EUGENIA GOMEZ PALACIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MALLEN ALBIR JOSE MARIA
PEÑA GIMENEZ ANA
SORIANO GRANEL REBECA
MUÑOZ DE LA TORRE ELENA
GIL ALBAROVA JORGE
MARTIN HERNANDEZ CARLOS
ARAGÜES BRAVO J CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para la realización de este proyecto de calidad, se le informó a la familia del mismo en la consulta, cuyo hijo presentara una fractura supracondílea de húmero. Inicialmente se comenta verbalmente y posteriormente se les proporciona un consentimiento informado para la participación del proyecto y una copia del mismo, que se llevan a casa.
Se le entrega posteriormente una infografía, con los ejercicios que debe realizar el paciente para la mejora del movimiento de la articulación del codo, cuantas repeticiones y cuantas veces, al día debe realizar cada uno de los ejercicios. Al aportar esta infografía, con dibujos, se hace más atractivo a los niños, que entienden mejor, y pueden realizar de la mejor forma los mismos.
Y tercero, antes de irse de la consulta, se les da una hoja-encuesta de valoración, que se les indica que rellenen junto a su hijo y que en la consulta de revisión del balance articular del codo, nos entregarán.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para comprobar el resultado alcanzado, con este proyecto, se recogieron las encuestas de satisfacción, de los primeros 50 pacientes que entraron a formar parte del proyecto, con firma de consentimiento y la realización de los ejercicios indicados en la infografía.
Respecto a las preguntas:
1. ¿Cree interesante dar la infografía- folio para la rehabilitación del codo tras fractura en la consulta?

El 100% de las encuestan decían SI, que era interesante la infografía recibida.

2. Si solo se le hubiera dado información verbal de los ejercicios. La realización de estos en casa, ¿serian más fácil de realizar o no?
En los 50 casos, indicaron, que era más fácil al tener la infografía, aunque dos casos (4%), referían que en ocasiones no usaban dicha infografía, por ya tenerla memorizada.

3. ¿Ha resultado de utilidad, la información del folio sobre los ejercicios de rehabilitación del codo? (puntuar del 1 al 10, siendo 1= nada útil y 10 = muy útil)
Respecto esta pregunta la nota media fue de 8,9 (intervalo 8-10).

4. La explicación de los ejercicios de rehabilitación del codo encontrados, ¿ha resultado clara? (puntuar del 1 al 10, siendo 1= nada clara y 10 = muy clara)
Respecto esta pregunta la nota media fue de 8,5 (intervalo (7-10).

5. Realice una valoración general del folio-infografía, puntuándolo del 1 al 10, siendo 1= mala valoración y 10 = muy buena valoración general)
Respecto esta pregunta la nota media fue de 9,1 (intervalo (8-10).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A la vista de los resultados obtenidos, con la aceptación del proyecto y la encuesta de valoración con resultados tan altos. Se puede concluir que es un proyecto interesante para no sólo haberlo realizado en el año 2019, sino seguir realizándolo de aquí en adelante. Estando en nuestra consulta en el día a día esta infografía, para poder ayudar a nuestros pacientes con fractura supracondílea de húmero en la rehabilitación de su codo. Quizá se puede trabajar en mejorar la nota de la pregunta 4 de la hoja de valoración.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/86 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0086

1. TÍTULO

MEJORA EN REFERENCIA A LA REHABILITACION DEL CODO, EN EL TTº DE FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HUMERO EN LA INFANCIA, TRAS LA RETIRADA DE LA INMOVILIZACION CON ESCAYOLA, CON TTº CONSERVADOR O QUIRURGICO

Nº de registro: 0086

Título
MEJORA EN REFERENCIA A LA REHABILITACION DEL CODO, EN EL TTº DE LAS FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HUMERO EN LA INFANCIA, TRAS RETIRADA DE INMOVILIZACION CON ESCAYOLA, CON TTº CONSERVADOR O QUIRURGICO

Autores:
GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA, MALLEN ALBIR JOSE MARIA, PEÑA GIMENEZ ANA, SORIANO GRANEL REBECA, MUÑOZ DE LA TORRE ELENA, GIL ALBAROVA JORGE, MARTIN HERNANDEZ CARLOS, ARAGÜES BRAVO J CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con fractura supracondilea de humero
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las fracturas supracondíleas de húmero, son las más frecuentes en el codo del niño y las segundas más frecuentes en general. Por lo que supone un gran reto para obtener los mejores resultados tras el tratamiento. Las posibilidades en el tratamiento de las mismas, van desde un tratamiento conservador mediante una escayola braquio-palmar, hasta un tratamiento en quirófano mediante reducción y osteosíntesis de la fractura.
Tan importante es el tratamiento ya sea con escayola, o de forma quirúrgica. Como es el seguimiento de las mismas. Para obtener unos mejores resultados. Un punto importante es conseguir un balance articular lo más completo, para evitar secuelas.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto, es:
- Intentar mejorar el balance articular del codo, mediante la recomendación de ejercicios de rehabilitación del codo en el niño, en la consulta de traumatología infantil, tras la retirada de la escayola.
- Disminuir el número de derivaciones a la consulta de la sección de rehabilitación infantil.
- Aumentar la satisfacción de los pacientes y familias, con un seguimiento más completo y exhaustivo.

MÉTODO
a) Se ofrecerá al paciente y a la familia una infografía con ejercicios de rehabilitación del codo, con dibujos explicativos para los niños, para mejorar el balance articular tras la retirada de escayola. Y que sea útil, para un seguimiento correcto post- tratamiento.
b) Se pasará un cuestionario de valoración, en la consulta de revisión, para testear la efectividad de dicha infografía. Que será contestado por padres/tutores junto con el niño, sobre la ayuda que ha representado tener dichos ejercicios en soporte físico, para el correcto seguimiento. Y su idoneidad. Dicho cuestionario, tendrá diferentes apartados que se contestaran de forma numérica del 0 al 10.
c) Se pasará a los padres/ tutores un consentimiento informado, de participación en dicho proyecto. Explicando proceso y objetivo del mismo.

INDICADORES
Se contabilizará los resultados de los cuestionarios de valoración, recogidos en la consulta, al analizar el balance articular del codo del niño. Y de allí se desprenderán la utilidad de esta infografía en la mejora en la rehabilitación del codo del niño, en su balance articular.
Se emitirá un informe del resultado tras el análisis de estos cuestionarios.

DURACIÓN
Fecha de inicio: mayo 2019.
Fecha prevista de finalización: diciembre 2019.
Evaluación final: diciembre 2019.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0086

1. TÍTULO

MEJORA EN REFERENCIA A LA REHABILITACION DEL CODO, EN EL TTº DE FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HUMERO EN LA INFANCIA, TRAS LA RETIRADA DE LA INMOVILIZACION CON ESCAYOLA, CON TTº CONSERVADOR O QUIRURGICO

Los pacientes incluidos en el proyecto son niños, de 0 a 14 años, por lo que el consentimiento para la participación en el proyecto, será aceptado y firmado por los padres o tutores.

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 - 2019/0087

1. TÍTULO

RESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DE LAS INMOVILIZACIONES CON ESCAYOLA, TRAS SU COLOCACION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL Y CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGIA INFANTIL

Fecha de entrada: 12/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JORGE GIL ALBAROVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA
MALLEN ALBIR JOSE MARIA
SORIANO GRANEL REBECA
BOSQUE GRACIA CARMEN
MARTIN HERNANDEZ CARLOS
CAMPOS CALLEJA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para la realización de este proyecto de calidad, tanto en el área de urgencias de traumatología del Hospital Infantil, como en las consultas externas de traumatología infantil, se disponía de un tríptico, con infografía de los cuidados que deben seguir los pacientes que están inmovilizados. Dicho tríptico se entrega a la familia para que puedan leerlo con su hijo y poder aclarar cuantas dudas puedan surgir. Además al final de la visita tanto en urgencias como en la consulta externa, se les indica a la familia que puntúen de forma general del 1 al 10 (siendo 1= nada útil y 10= muy útil) la nota al tríptico, entregado sobre los cuidados de la inmovilización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para comprobar el resultado alcanzado en este proyecto, y su adecuación, en la disminución de asistencias en el servicio de urgencias, para cambio de escayola por deterioro ó por presentación de complicaciones derivadas de este mal cuidado, ó en la consulta externa. Se estudian 50 pacientes de forma aleatoria. La aleatorización consistía en que el último niño visto en la consulta del último día de consulta de diciembre (30 de diciembre) saca 5 números de una caja, en dicha caja hay papeles con números del 1 al 31 (que corresponden a los días del mes). De esos 5 días, se sacan los 10 pacientes primeros atendidos con inmovilización, que se les diera el tríptico y puntuaran de forma global la adecuación del mismo. Se revisan que dichos pacientes diera una puntuación global y se hace una media. Al igual que se comprueba que dichos pacientes no hubieran acudido de nuevo a urgencias ó a la consulta externa, por deterioro ó alteración de la inmovilización, hasta la finalización del tratamiento. Si el paciente a estudio, en el momento de realización de la recogida de datos el 2 de enero de 2020, no hubiera finalizado el tratamiento con inmovilización. Se coge el paciente número 11 ó sucesivo de cada uno de los 5 días a estudio.
La puntación media global del tríptico fue 8,9, intervalo entre 8 y 10.
Ningún paciente acudió a urgencias ó a consultas externas, por deterioro ó alteración de la inmovilización, hasta la finalización del tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A la vista de los resultados obtenidos, con la gran aceptación del proyecto, por parte de las familias y los niños. La nota de valoración final con resultados tan altos. Y sobre todo que no hayan tenido que acudir de nuevo al servicio de urgencias ó consultas, haciendo un tratamiento correcto para su lesión, con un correcto cuidado y manejo de la inmovilización. Se puede concluir que es un proyecto interesante para seguir realizándolo de aquí en adelante. Estando este tríptico, tanto en el área de urgencias de traumatología como en la consulta externa de traumatología infantil, para poder ayudar a nuestros pacientes que precisen inmovilización por patología traumática. En un correcto tratamiento y por lo tanto una mejora, para la correcta evolución de la lesión del niño.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/87 ========== ***

Nº de registro: 0087

Título
RESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DE LAS INMOVILIZACIONES CON ESCAYOLA, TRAS SU COLOCACION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL Y CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGIA INFANTIL

Autores:
GIL ALBAROVA JORGE, GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA, MALLEN ALBIR JOSE MARIA, SORIANO GRANEL REBECA, BOSQUE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0087

1. TÍTULO

RESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DE LAS INMOVILIZACIONES CON ESCAYOLA, TRAS SU COLOCACION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL Y CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGIA INFANTIL

GRACIA CARMEN, MARTIN HERNANDEZ CARLOS, CAMPOS CALLEJA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que son tratados mediante escayola, por presentar fracturas.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El tratamiento de las fracturas en los niños, pasa muy frecuentemente, por la colocación de una escayola. Dicha inmovilización escayolada, necesita unos cuidados propios. Porque el deterioro de la misma, supone un incorrecto tratamiento de la fractura, con un resultado futuro que se puede ver afecto por el deterioro de esta.
Por tanto, una educación sobre el correcto cuidado de la escayola, será un punto positivo para el resultado final en el tratamiento de las fracturas en la infancia.

RESULTADOS ESPERADOS
- Intentar aportar información sobre los cuidados que requiere una escayola, tras su colocación para el tratamiento de una fractura.
- Explicar cómo ciertas actuaciones (mojar escayola, rascarse con objetos punzantes…), puede alterar el resultado final en el tratamiento de la fractura. Añadiendo complicaciones, que con el seguimiento unas correctas normas, no suelen aparecer.
- Evitar que con responsabilidad sobre el cuidado de la escayola, no surjan visitas al servicio de urgencias, por deterioro de la escayola, aparición de heridas… Disminuyendo la actividad asistencial innecesaria.

MÉTODO
Se ofrecerá al paciente y a la familia una infografía con dibujos sobre los puntos a tener en cuenta, para el correcto cuidado de la escayola, una vez se coloca tanto en el servicio de urgencias del Hospital Infantil, como en las consultas externas de traumatología infantil.
La iconografía se adaptara con dibujos y explicaciones, para niños, a los que va dirigido este proyecto.

INDICADORES
Se contabilizara si dicho tríptico con explicaciones sobre cuidados de la escayola, afectan de forma positiva en la población infantil, que se le trata con escayola, por presentar una fractura. Con una disminución de asistencias en el servicio de urgencias, para cambio de escayola por deterioro o por presentación de complicaciones derivadas de este mal cuidado.

DURACIÓN
Fecha de inicio: Mayo 2019.
Fecha prevista de finalización: diciembre 2019.
Evaluación final: diciembre 2019.

OBSERVACIONES
Los pacientes incluidos en el proyecto son niños, de 0 a 14 años, por lo que se explicará dicha iconografía (tríptico explicativo) tanto al paciente como a los padres/tutores.

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 - 2019/0342

1. TÍTULO

CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... DIEGO PEÑA JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANGULO TABERNERO MARINA
CHARLEZ MARCO ALFREDO
LOSTE RAMOS ANTONIO FERNANDO
SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE
TABUENCA SANCHEZ ANTONIO
RODRIGUEZ VELA JAVIER
CERDAN MORENO SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Bloqueo Epidural Caudal (BEC) consiste en la inyección de un cóctel de anestésicos y corticoides en el interior del canal raquídeo a través del Hiato Sacro, con el fin de paliar una situación clínica de dolor lumbociático motivado por distintas patologías.

El objetivo marcado fue cuantificar cuantos de los BEC realizados en la Unidad de Columna pueden ser considerados como tratamiento definitivo al no incluir posteriormente a los pacientes en una lista de espera quirúrgica de cirugía de columna, bien para realizar otro BEC o bien una cirugía, en un periodo de tiempo de seis meses o no haber sido intervenidos de forma precoz en el caso de los pacientes ingresados de urgencia.

Otro objetivo fue cuantificar el periodo medio de control de la sintomatología clínica de estos pacientes, valorando el tiempo entre la realización del BEC y el momento de la inclusión en lista de espera quirúrgica o la cirugía.

Un tercer objetivo fue cuantificar el número de infiltraciones por paciente que han sido necesarias para controlar la clínica en el periodo de tiempo establecido y cuántos de ellos pueden ser considerados como tratamiento definitivo, determinando así el valor de los BEC en tandas o como terapia aislada.

Para alcanzar estos objetivos fue necesario realizar una serie de actividades que a continuación se detallan.

Entre el 1 de enero y el 1 de octubre de 2019 se han realizado Bloqueos Epidurales Caudales (BEC) a 171 pacientes, mediante la infiltración en quirófano y bajo control radiológico de una mezcla de corticoides y anestésicos por parte de los componentes de la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet.

En una base de datos tipo Excel se han recogido los datos correspondientes a los pacientes, su diagnóstico, el número de BEC que se les ha realizado, la fecha de los mismos, el carácter urgente o programado y el resultado final, cirugía, inclusión en lista de espera para otro procedimiento, citas sucesivas o alta.

Se ha realizado seguimiento en consultas, por los miembros del grupo de trabajo, con una primera valoración al mes y sucesivas revisiones (mínimo a los seis meses). Las fechas han sido recogidas en la tabla Excel así como las acciones realizadas en cada una de las consultas.

Se han contabilizado el número de días desde la realización del primer BEC o del último BEC sucesivo (espaciados un máximo de 7-10 días) hasta la realización de la cirugía o la inclusión en lista de espera para otros procedimientos, considerando esos días como el tiempo libre de clínica o de control de la sintomatología.

Una vez recogidos todos los datos se estableció como seguimiento un periodo mínimo de seis meses, lo que nos ha permitido realizar el trabajo desde las tablas Excel con un total de 140 pacientes intervenidos entre el 7 de enero y el 16 de julio de 2019.

Todos los datos recogidos, así como los resultados obtenidos han sido plasmados en tablas y diagramas en Power Point, con el fin de exponer los resultados a los especialistas que puedan realizar estos procedimientos en forma de sesiones clínicas y poder dar claridad a los objetivos de este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Inicialmente se recogieron un total de 171 pacientes entre el 1 de enero y el 1 de octubre de 2019. De ellos, fueron excluidos 3 casos de pacientes programados que ya habían sido incluidos en lista de espera para cirugía de forma previa a la realización del bloqueo y en los que debido a un empeoramiento clínico se había planteado la realización de un BEC para control clínico urgente, por lo que se trataba claramente de un procedimiento paliativo de la clínica hasta la realización de la cirugía. Del mismo modo fueron excluidos 7 pacientes que habían sido infiltrados previamente al inicio del estudio con un tiempo desde el BEC anterior inferior a los 6 meses. Otros 21 pacientes han sido excluidos del estudio debido a que no se podía completar el control de tiempo mínimo de seguimiento de 6 meses, lo que corresponde a los pacientes intervenidos entre el 17 de julio y el 1 de octubre de 2019. Por lo tanto, los pacientes incluidos en este estudio son aquellos intervenidos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0342

1. TÍTULO

CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA

entre el 1 de enero y el 16 de julio de 2019.

Así, el estudio se ha realizado sobre un total de 140 pacientes a los que se les realizó un BEC y han sido controlados durante un mínimo de 6 meses (180) días, presentando una media de 142 días de control de los síntomas. A los 6 meses, un total de 92 pacientes continuaban con control de la clínica, esto supone que en un 65,71% de los casos, lo que podemos considerar como un tratamiento definitivo a los 6 meses. Tan solo en 10 casos se han realizado bloqueos sucesivos, todos ellos en pacientes urgentes.

De los 140 pacientes, el 20% (28 casos), corresponden a procedimientos realizados sobre pacientes ingresados de urgencia.

El periodo medio de control de los síntomas en los pacientes urgentes fue de 116 día.
Cinco casos (17,85% de los pacientes urgentes) precisaron cirugía urgente con el diagnóstico principal de Hernia discal Extruida operados en los 7 días posteriores al BEC.
De los 28 pacientes urgentes 23, no han sido subsidiarios de tratamiento quirúrgico (82,15%) presentando una media de 141 días de control de síntomas con los diagnósticos de estenosis de canal, discopatías protrusivas y hernias discales no extruidas. De los 28 pacientes urgentes, 17 casos (60.71%)presentan clínica controlada a los 180 días.

De los 23 pacientes no operados, 6 (26,08%) han sido incluidos en lista de espera quirúrgica para la realización de otros BEC o infiltración foraminal. Los 17 restantes (73.91%) permanecen con clínica controlada a los 180 días.

En lo referente a los bloqueos sucesivos, de los 28 casos, en 10 de ellos se realizaron BEC sucesivos con un periodo de tiempo de 7 á 10 días entre los bloqueos. Un caso precisó de tres BEC sucesivos, permaneciendo con control de la sintomatología clínica a los 180 días. En 9 casos se realizaron dos BEC sucesivos 2 de ellos precisaron de cirugía urgente, 3 de ellos presentaron mejoría clínica relativa con inclusión en lista de espera para nuevo BEC a los 40 días. En 4 de ellos continúan con control de los síntomas a los 180 días.

Estos resultados pueden ser indicativos de que la realización de bloqueos sucesivos puede ser considerado como un procedimiento paliativo del dolor, que permite un control temporal de la clínica en aquellos pacientes que presentan una clínica aguda. Dado que han sido pocos los casos en los que se han practicado bloqueos sucesivos no es posible determinar si las tandas seriadas de BEC son mejores que los procedimientos únicos.

De los 140 pacientes, un 80%, (112 casos), corresponden a pacientes a los que se les ha realizado un BEC de forma programada como tratamiento paliativo del dolor. El tiempo medio de control de la clínica en estos pacientes ha sido de 148 días.

De los 112 casos, en el control a los 6 meses, 75 de ellos permanecían con control de la clínica, es decir en un 66,96% de los casos podemos considerar el BEC como un procedimiento definitivo.

Solo un caso precisó de una cirugía con carácter urgente, dos casos precisaron de la realización de un segundo BEC de forma urgente por exacerbación de la clínica a los 60 y 90 días respectivamente y un paciente fue remitido a unidad de dolor para continuar con tratamientos paliativos, entre elle nuevos bloqueos, por lo que ha sido considerado como un paciente que ha precisado ya tratamiento posterior al BEC contabilizando hasta el momento de derivación a la Unidad de dolor como el tiempo de control de los síntomas (30 días). No se han realizado bloqueos sucesivos en este grupo.

De los 112 pacientes programados, un 29,46% de los casos (33 pacientes), aparecen incluidos en listas de espera tras la realización del Bloqueo Epidural. 14 de ellos fueron incluidos en lista de espera para la realización de un nuevo BEC con una media de 94 días de control de la sintomatología, mientras que otros 14 fueron incluidos en lista de espera para la realización de una cirugía de ampliación y fusión vertebral con una media de 60 días de control de la clínica.
Por otro lado hay cinco pacientes de este grupo que fueron incluidos simultáneamente para la realización de un BEC y para la realización de una cirugía de fusión y descompresión y que han sido considerados como pacientes que podían presentar mejoría clínica mantenida con la infiltración, de hecho ninguno de ellos ha sido intervenido en los 6 meses posteriores a la realización del bloqueo, pero que su patología de base es considerada como quirúrgica y a la hora de ser valorados se han incorporado a los pacientes que tras el bloqueo pasan a lista de espera quirúrgica.
Atendiendo a lo anteriormente expuesto y con el fin de dar respuesta a los objetivos marcados podemos decir, que el Bloqueo Epidural Caudal, puede ser considerado como un tratamiento definitivo a los 6 meses en un 65,71% de los casos, siendo ligeramente mayor este porcentaje (66.96%) en los pacientes en los que se realizó de forma programada como tratamiento paliativo del dolor lumbociático crónico en pacientes con patología degenerativa de columna. Si lo comparamos con el grupo de pacientes en los que le BEC fue planteado como tratamiento urgente del dolor lumbociático agudo, en un 60,71% de los casos se ha controlado la clínica a los 6 meses.
Si valoramos la respuesta al tratamiento, podemos decir, que la media de días de control de los síntomas es de 142 días para el total del grupo, siendo muy similar, 148 días para el grupo de pacientes programados y claramente inferior, 116 días, en el grupo de pacientes urgentes. Esto lleva a plantearnos que la patología de base puede condicionar el resultado de este procedimiento, siendo su respuesta a mayor largo plazo en pacientes con patología crónica (estenosis de canal, protrusiones discales crónicas, estenosis del receso …) y presentando un carácter más paliativo en los pacientes con una patología aguda (protrusiones discales agudas.)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0342

1. TÍTULO

CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA

En lo referente al número de bloqueos por paciente, tan solo en 10 casos se han realizado bloqueos sucesivos, lo que no nos permite determinar si son más eficaces que la infiltración única ya que es muy escaso el número de pacientes como para realizar una comparativa.

Dentro de los resultados obtenidos, llama la atención que en el caso de los pacientes a los que se les realizó un BEC urgente, 5 casos han precisado de cirugía urgente, todos han sido bajo el mismo diagnóstico, Hernia discal Extruida, lo que nos indica que el BEC en estos casos ha presentado un carácter claramente paliativo para facilitar el control del dolor hasta la intervención. Del mismo modo llama la atención en este grupo de urgentes, que los pacientes que no han precisado cirugía tras el BEC se comportan como pacientes con patología crónica con una media de días de control de los síntomas de 141 días similar a los del grupo total, lo que refuerza el planteamiento de este procedimiento como un tratamiento paliativo de control de la clínica.

En el caso de los pacientes programados llama la atención que los aquellos que han alcanzado los 6 meses con control de la clínica y han sido revisados con posterioridad a esa fecha, presentan una buena situación clínica sin ser incluidos en lista de espera para nuevos procedimientos al menos entre los 9 meses y el año, lo que puede resultar interesante a la hora de planificar nuevos estudios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusiones podemos determinar que el Bloqueo Epidural Caudal debe ser considerado como un procedimiento paliativo del dolor lumbociático independientemente de la patología de columna que lo esté generando.

Hemos encontrado que en aproximadamente un 65% de los casos conseguimos controlar los síntomas a medio plazo (6 meses), lo que nos puede resultar útil en aquellos pacientes que presentan un dolor lumbociático crónico, como es el caso de los pacientes programados, así mismo, es útil en aquellos pacientes que, por edad, patología de base o rechazo de cirugía precisan de un control de la clínica pudiendo realizar bloqueos epidurales periódicos espaciados en el tiempo.

En el caso de los pacientes urgentes se han controlado los síntomas en aproximadamente un 60% de los casos. En este grupo ha sido útil para mejorar la situación clínica hasta completar el diagnóstico y realizar la intervención en los pacientes con patología subsidiaria de cirugía y en aquellos que no han sido quirúrgicos poder manejarlos posteriormente como pacientes con patología crónica, ya que los resultados de este grupo tras la infiltración se equiparan a los de los pacientes programados en el número medio de días de control de síntomas.

Independientemente del número de pacientes que han alcanzado los seis meses con control de la clínica la media de control de la clínica es similar en el grupo total (142 días), en el grupo de pacientes programados (148 días) y en el grupo de pacientes urgentes que no han sido intervenidos de forma urgente (141 días).

En lo referente a la comparación de bloqueo único con bloqueos sucesivos no hemos podido alcanzar resultados dado que solo se han realizado bloqueos sucesivos en diez pacientes urgentes con una finalidad de control de síntomas.

7. OBSERVACIONES.
Un dato que hemos observado fuera del estudio, es que, en aquellos pacientes a los que se les ha realizado revisiones periódicas hasta un mínimo de 9 meses (15 de enero de 2020), es decir, los que fueron infiltrados entre el 1 de enero y el 15 de abril de 2019, un 85,71% de ellos, continúan con control de la clínica si seguimos los criterios anteriormente expuestos.

Por lo tanto consideramos que puede ser interesante continuar este estudio para valorar los resultado al año de la realización de los bloqueos.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/342 ========== ***

Nº de registro: 0342

Título
CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA

Autores:
PEÑA JIMENEZ DIEGO, ANGULO TABERNERO MARINA, CHARLEZ MARCO ALFREDO, LOSTE RAMOS ANTONIO FERNANDO, SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE, TABUENCA SANCHEZ ANTONIO, RODRIGUEZ VELA JAVIER, CERDAN MORENO SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA DEL APARATO LOCOMOTOR / COLUMNA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0342

1. TÍTULO

CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA

Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El síntoma más frecuente en las patologías de columna es el dolor, en especial el dolor irradiado a extremidades inferiores. Entre las principales causas de dolor lumbociático encontramos la estenosis de canal y la hernia discal, procesos potencialmente quirúrgicos.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, los pacientes diagnosticados de esas patologías son incluidos en listas de espera quirúrgicas que conllevan una larga demora hasta su tratamiento definitivo, debiendo convivir con un dolor persistente para el que reclaman un tratamiento que les permita sobrellevar dicha situación.

En otras ocasiones la edad, condición física o patologías concomitantes del paciente desaconsejan una intervención quirúrgica de columna o bien el paciente no desea someterse a ella, pero sí solicitan tratamientos para mejorar su situación clínica.

Otras veces, los pacientes ingresan desde urgencias, presentado un primer episodio de dolor lumbociático que no se controla satisfactoriamente con los tratamientos habituales y pueden precisar de un tratamiento analgésico menos habitual.

Ante este tipo de situaciones venimos aplicando un procedimiento terapéutico de carácter paliativo como es el Bloqueo Epidural Caudal (BEC) que consiste en la inyección de un cóctel de anestésicos y corticoides en el interior del canal raquídeo con el fin de paliar una situación clínica de dolor lumbociático motivado por distintas patologías.

Este procedimiento para su realización precisa de un espacio de quirófano, el empleo de técnicas básicas de imagen como ecografía o rayos X y control por los anestesistas. Sin embargo, aunque no carente de ellos, los riesgos y complicaciones de la técnica son mínimos, pudiendo realizarse de forma ambulatoria. En ocasiones no es suficiente un solo BEC, siendo necesario repetir el procedimiento una o dos veces en un corto periodo de tiempo.

En nuestra experiencia clínica, hemos observado que el empleo de esta técnica ha conseguido mejorar la calidad de vida de muchos de los pacientes reduciendo el dolor y aumentando su capacidad funcional e incluso en muchos casos casos evitando una cirugía de columna.

Así, nuestro planteamiento es cuantificar cual es resultado real de este procedimiento en lo que se refiere a control del dolor, el número de BEC necesarios por paciente y a su uso como terapia definitiva y no sólo paliativa.

RESULTADOS ESPERADOS
Cuantificar cuantos de los BEC realizados en Unidad de Columna pueden ser considerados como tratamiento definitivo al no incluir posteriormente a los pacientes en una lista de espera quirúrgica de cirugía de columna en un periodo de tiempo determinado, o no haber sido intervenidos quirúrgicamente de forma precoz en el caso de los pacientes ingresados de urgencia.

Cuantificar cuál es el periodo medio de control de los síntomas, valorando el tiempo entre la realización del BEC y el momento de inclusión en lista de espera quirúrgica o la cirugía.

Cuantificar el número de infiltraciones por paciente han sido necesarias para controlar la clínica en el periodo de tiempo establecido y cuantas de ellas pueden ser considerados como tratamiento definitivo, determinando así el valor de los BEC en tandas o su uso como terapia aislada.

MÉTODO
Recopilar todos los BEC que se realizan en la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet durante 6 meses y realizar su seguimiento en consultas con un mínimo de una revisión a los 2 meses y realizando un seguimiento de entre 6 y 12 meses recogiendo los siguientes datos:
Número de Historia.
Nombre y Apellidos.
Edad.
Sexo.
Diagnóstico.
Fecha de BEC.
Número de revisiones en consultas.
BEC sucesivos (Si/No)
BEC sucesivos (Número)
Fecha de siguientes BEC.
Inclusión en lista de espera quirúrgica. (Si/No)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0342

1. TÍTULO

CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA

Fecha de inclusión en lista de espera.
Cirugía Urgente Si/No

INDICADORES
Los indicadores para obtener resultados serán:
El número de BEC en cada paciente.
El número de días entre el primer BEC y la inclusión en lista de espera para BEC sucesivos.
El número de días entre el BEC y la inclusión en lista de espera quirúrgica para cirugía.
El número de BEC no incluidos en lista de espera quirúrgica.

DURACIÓN
Se establece una recogida de datos durante 6 meses y un seguimiento en visitas sucesivas en consultas en torno a los 2 meses y visitas sucesivas según necesidad del paciente pudiendo comenzar a obtener resultados a partir de los seis meses de inclusión del primer paciente alcanzando un año de seguimiento.

OBSERVACIONES
Aunque no se incluye en los objetivos, se puede plantear una valoración subjetiva de los resultados si se entrega a los pacientes una escala EVA del dolor y es revisada de forma previa al BEC, a los dos meses y a los 6 y 12 meses.

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 - 2019/0563

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE CIRUGIA URGENTE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JAVIER SAMI HAMAM ALCOBER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAGUENA GARCIA ALICIA
CARDONA MALFEY RAFAEL
PEREZ GARCIA JOSE MARIA
MARTINEZ VILLEN GREGORIO
MARTIN JUSTE PABLO
HAMAM ALCOBER NADIA
ROMANOS PEREZ JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Recopilada información sobre el material quirúrgico disponible en depósito en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Diseño de una base de datos que ha permitido su recogida y búsqueda específica
Realizadas fotografías del contenido de cada set quirúrgico.
Recogida información respecto al rotulado y denominación de cada caja.
Obtenidas las técnicas quirúrgicas de uso de cada implante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Cantidad incluida base datos 75%
2. %fotografías 100%. Todos los materiales indexados incluyeron fotografías del mismo
3. % técnica quirúrgica 90%. En 2 ocasiones no se localizó la técnica quirúrgica detallada del material.
4. Difusión no comenzada

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El continuo cambio de material a emplear dificulta en gran medida su correcta catalogación. La cantidad incluida es aproximada, ya que continuamente se añaden nuevos recursos y se retiran otros. Falta información al profesional sobre el nuevo material existente. Sería recomendable notificar a los profesionales de cada nueva incorporación realizada al arsenal de osteosíntesis.
El “peso” en memoria de fotografías, impide su colocación en los buzones compartidos en red. Sería necesario diseñar alguna otra forma para su acceso. Esto impide la difusión entre los profesionales. Podría ser objeto de un nuevo proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/563 ========== ***

Nº de registro: 0563

Título
TITULO PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE CIRUGIA URGENTE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Autores:
HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, BAGUENA GARCIA ALICIA, MARTINEZ VILLEN GREGORIO, CARDONA MALFEY RAFAEL, GARRIDO SANTA MARIA ISAIAS, MARTIN JUSTE PABLO, ROMANOS PEREZ JAVIER, PEREZ GARCIA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0563

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE CIRUGIA URGENTE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

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

PROBLEMA
El servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología dispone de un amplísimo arsenal de material utilizado en los procesos quirúrgicos para la realización de osteosíntesis, tanto en cirugía urgente (fracturas), como en cirugía programada. Dicho material se encuentra en un constante proceso de renovación, tanto por los cambios generados por las propias casas comerciales, como debido a la aparición de nuevos avances técnicos, . En ocasiones, resulta difícil para el cirujano elegir el implante idóneo para un caso concreto, al desconocer todas las posibilidades disponibles en ese momento preciso. Del mismo modo, no es extraño que el facultativo solicite un material específico, y haya problemas a la hora de localizarlo, obligando a la apertura de varios sets quirúrgicos hasta encontrar lo buscado. Esto causa aumentos del tiempo quirúrgico y requiere la reesterilización de material no utilizado, lo que aumenta también el coste económico.
Se propone indexar el material utilizado en cirugía urgente, disponible en depósito, e incluirlo en una herramienta informática que permita su búsqueda por región anatómica (hombro, rodilla…) y por el tipo de material (placa, clavo, tornillos…), pudiendo acceder al mismo en cualquier momento. Se incluirían también las técnicas quirúrgicas de cada implante, imágenes del contenido de la caja y una breve descripción práctica de su uso.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar información al especialista sobre los distintos materiales disponibles en el hospital con los que solucionar la patología concreta de su paciente.
Agilizar la búsqueda y disponibilidad de dicho material.
Reducir la apertura y pérdida de esterilidad innecesaria de implantes no apropiados.
Facilitar la planificación preoperatoria.
Reducir el tiempo quirúrgico empleado.

MÉTODO
Recopilar la información sobre el material quirúrgico disponible en depósito en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Diseñar una base de datos que permita su recogida y búsqueda específica.
Realizar fotografías del contenido de cada set quirúrgico.
Recoger la información respecto al rotulado y denominación de cada caja.
Obtener las técnicas quirúrgicas de uso de cada implante.
Trasladar la información al citado soporte informático.

INDICADORES
Cantidad del material disponible que es incluido en la base de datos diseñada.
Porcentaje que incluye fotografías del contenido.
Porcentaje que incluye la técnica quirúrgica.
Recolección de encuestas de nivel de uso y satisfacción percibida por el personal de quirófano (médico, enfermería, auxiliar…)

DURACIÓN
Inicio:mayo 2019, final mayo 2020.

Mayo/junio 2019: realización y diseño del soporte informático de recogida de información (Base de datos, página web…) así como de las herramientas de búsqueda.

Julio/agosto 2019: Recolección de los datos existentes sobre material osteosíntesis disponible en depósito.

Julio 2019/abril 2020: Incorporación de datos al soporte diseñado, añadiendo fotografías, técnicas quirúrgicas y notas técnicas.

Marzo 2020: Ofertar la herramienta diseñada a los profesionales sanitarios, dando a conocer su existencia y promoviendo su uso.

Abril 2020: Registrar el uso realizado y el grado de satisfacción.

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 - 2019/0563

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE CIRUGIA URGENTE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0677

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE LA DISFAGIA, PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS EL EL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUZ CALVO GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALVEZ HERRANDO MARIA ELENA
MONGE VAZQUEZ ALEJANDRA
PAMPLONA CURIEL EUGENIA
PALOMAR MONTALAR VICTORIA
CORTES CARRASCON ANA
BIMBELA SERRANO MARIA TERESA
GARCIA NAVALON PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para la realización del proyecto se realizaron diversas actividades, cumpliendo el calendario fijado:
-Se elaboraron carteles plastificados con información dirigida a los familiares/cuidadores de los pacientes con FOC, los cuales se colocaban en el cabecero del paciente al ingreso.
-Detección de disfagia durante el ingreso por los profesionales implicados en el cuidado del paciente.
-Se creó una base de datos en Excel para el registro y evaluación de la actividad.
-Se realizó el registro en caso de disfagia en la gráfica de enfermería y en la hoja de observaciones, así como una adecuación de la dieta y los líquidos a la nueva situación detectada.
-Se informó al personal de la unidad de las directrices del proyecto de forma verbal.
Los recursos utilizados fueron materiales (cartelería: folios y plastificación de los mismos) y humanos (Enfermeras, TCAEs, FEAS de Medicina Interna que atienden a pacientes con FOC y Enfermeras de la Unidad de Nutrición y Dietética del HUMS).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores usados:
1. Registro de todos los pacientes FOC en periodo de estudio.
Standar 100 Resultado 100
2. Paciente/cuidador principal informado/total pacientes con FOC.
Standar 100 Resultado 100
3. Pacientes con FOC con cartel preventivo de broncoaspiración (amarillo) al ingreso.
Standar 100 Resultado 100
4. Registro de todos los pacientes con FOC y disfagia en el periodo de estudio.
Standar 100 Resultado 100
5. Pacientes con FOC diagnosticados de disfagia con cartel de recomendaciones (rojo).
Standar 90 Resultado 100
6. Pacientes con FOC diagnosticados de disfagia con complicaciones relacionadas.
Standar 10 Resultado 0,5
7. Pacientes con FOC diagnosticados de disfagia con modificación dieta/textura registrados en historia clínica del paciente.
Standar 80 Resultado 100

Creemos que las acciones puestas en marcha en este proyecto han tenido un efecto muy positivo en la salud de los pacientes con FOC.
No existía un registro previo de los casos de broncoaspiración en la unidad, pero sí era un problema evidente y relativamente frecuente. Se ha observado una disminución de los casos a lo largo del año 2019 durante el cual se ha desarrollado el proyecto. De un total de 528 pacientes ingresados en la unidad con FOC entre marzo del 2019 y enero del 2020 sólo 3 presentaron complicaciones (broncoaspiración), siendo dos de ellas relacionadas con factores propios del paciente y una por incumplimiento de las recomendaciones indicadas en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las acciones emprendidas (colocación de carteles al ingreso e información a paciente/familia/cuidadores) seguirán aplicándose en la unidad, ya que los beneficios para el paciente han sido importantes. Reforzaremos en el personal de la unidad la importancia de seguir con dichas actividades y se informará al personal de nueva incorporación.
Creemos que hay muchas otras unidades donde también hay pacientes de edad avanzada que podrían beneficiarse de nuestro proyecto, ya que es fácil de implantar, el coste es muy bajo y el efecto positivo para el paciente es notable.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0677

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE LA DISFAGIA, PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS EL EL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

*** ========== Resumen del proyecto 2019/677 ========== ***

Nº de registro: 0677

Título
IDENTIFICACION PRECOZ DE LA DISFAGIA, PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS EN EL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Autores:
CALVO GONZALEZ MARIA LUZ, GALVEZ HERRANDO MARIA ELENA, MONGE VAZQUEZ ALEJANDRA, PAMPLONA CURIEL EUGENIA, PALOMAR MONTALAR VICTORIA, CORTES CARRASCON ANA, BIMBELA SERRANO MARIA TERESA, GARCIA NAVALON PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ANCIANO FRAGIL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La fractura de cadera es una de las patologías más frecuentes en la población anciana. Actualmente se diagnostican 720 casos anuales por cada 100.000 mayores de 60 años. La incidencia aumenta con la edad y es tres veces más frecuente en mujeres.

La disfagia orofaríngea (DOF) es un síntoma que se refiere a la dificultad para mover el bolo alimentario desde la boca al estómago. Se ha estimado una prevalencia de disfagia en ancianos sanos entre el 7 y el 22%. La disfagia es uno de los síntomas que aparece en enfermedades neurológicas y neurodegenerativas que acontecen con más frecuencia en edades avanzadas. En este sentido, diferentes estudios muestran una prevalencia de disfagia entre el 28 y el 73% tras un accidente cerebrovascular (ACV), hasta del 84% en demencias y del 52% en enfermos de Parkinson. Un reciente estudio de cohortes muestra una prevalencia de disfagia del 34% en el postoperatorio de fractura de cadera.

La disfagia puede tener importantes repercusiones clínicas y comprometer la seguridad del enfermo causando atragantamientos, infecciones respiratorias y broncoaspiraciones (grave complicación con un 50% de mortalidad). También puede determinar que la alimentación/hidratación resulte ineficaz para cubrir las necesidades nutricionales, que se encuentran aumentadas en la Fractura Osteoporótica de Cadera (FOC).

La identificación precoz de la disfagia es un paso fundamental a la hora de prevenir complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
- El paciente/cuidador principal conocerá las medidas preventivas de broncoaspiración al ingreso y durante toda su estancia en la planta 6ª HRTQ.
- Identificar precozmente las dificultades en la deglución en los pacientes con FOC ingresados en la planta que se alimentan por vía oral, mediante test de disfagia.
- Favorecer la aplicación de medidas dietéticas preventivas a los pacientes con disfagia, uso de espesantes.
- Analizar la aparición de complicaciones relacionadas con disfagia en los pacientes ingresados con FOC.

POBLACIÓN DIANA.
- Edad:
- = de 75 años.
- < 75 años con pluripatología acompañante (coexistencia =3 enfermedades crónicas).
- Sexo: Ambos sexos.
- Tipo de población o pacientes: Paciente con FOC ingresados en la planta 6ª del Hospital de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet

MÉTODO
- Se elaborarán unos carteles plastificados y reutilizables en color amarillo y rojo: En los carteles de color amarillo aparecerán unas precauciones generales para evitar situaciones de riesgo de broncoaspiración.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0677

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE LA DISFAGIA, PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS EL EL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

En los carteles de color rojo, además, se les sumarán precauciones específicas en caso de disfagia.
• Se colocará en el cabecero de la cama de cada paciente con FOC que ingrese en la unidad, el cartel con las Recomendaciones generales para prevenir la disfagia (color amarillo).
• Si durante el ingreso se identificasen dificultades en la deglución de algún paciente, se retirará el cartel amarillo y se colocará el cartel rojo, donde se indican las recomendaciones específicas en caso de disfagia. Se registrará en la gráfica de enfermería y en la hoja de observaciones de enfermería la detección de disfagia en el paciente y la adecuación de la dieta y la ingesta de líquidos.
• Se comunicará cada caso nuevo de disfagia al médico internista responsable del paciente y al médico de Nutrición (para prescripción de espesante).
• Se creará una base de datos de pacientes en Excel para registro y evaluación

INDICADORES
Registro de todos los pacientes con FOC en periodo de estudio
. Pacientes con FOC con cartel preventivo de broncoaspiración (amarillo) al ingreso estándar 100%
. Paciente-cuidador principal informado/Total pacientes con FOC estándar 100
. Registro de todos los pacientes con FOC y disfagia en el periodo de estudio estándar 100
. Pacientes con FOC diagnosticados de disfagia con cartel recomendaciones (rojo) estándar 100%
. Pacientes con FOC diagnosticados de disfagia concomplicaciones (broncoaspiración, neumonía por broncoaspiración) relacionadas estándar < 10 %
. Pacientes con FOC diagnosticados de disfagia con modificación dieta/textura registrados en Historia clínica del paciente estándar 80%

DURACIÓN
Elaboración de carteles Abril 2019
Inicio de actividad Mayo 2019
Realización de actividad Continua a lo largo del año
Evaluación Trimestral

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 - 2019/0748

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA DEL HALLUX VALGUS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NURIA PEREZ JIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MARTINEZ BEATRIZ
PEREZ GARCIA JOSE MARIA
DE BLAS SANTIBAÑEZ ESTHER
PASCUAL LOPEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades efectuadas desde abril del 2019 son:
- Realización del folleto de Protocolo de Cuidados tras la cirugía de Hallux Valgus con las pautas a seguir, antes y después, de la intervención quirúrgica.
- Entrega del folleto de Protocolo de Cuidados, junto con el consentimiento informado de la cirugía, en el momento de inclusión del paciente en la lista de espera quirúrgica.
- Entrega del folleto de Protocolo de Cuidados, junto al informe de alta, con sus correspondientes citaciones para curas.
- Monitorización de los indicadores primarios y secundarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados han sido:
- Realización, aprobación y difusión del folleto de Protocolo de Cuidados tras la cirugía de Hallux Valgus por parte del equipo multidisciplinar de Pie y Tobillo.
- Gran acogida y aceptación del Protocolo de Cuidados por parte de los pacientes.
- Seguimiento satisfactorio de los indicadores, primarios y secundarios, desde abril del 2019. Gracias a ello, será posible la realización de publicaciones científicas futuras.
- No se ha detectado ningún problema durante el desarrollo del Proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos encontramos realmente satisfechos con la realización y puesta en práctica de este Proyecto de Mejora ya que se logró poner en marcha al completo en abril del 2019 gracias a la implicación y dedicación de todos los componentes de este equipo de mejora.

7. OBSERVACIONES.
Damos por finalizado este Proyecto de Mejora pero el equipo de Pie y Tobillo continuará con la difusión del Protocolo de Cuidados y monitorización de los indicadores como práctica clínica habitual.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/748 ========== ***

Nº de registro: 0748

Título
PROTOCOLO DE CUIDADOS TRAS LA CIRUGIA DEL HALLUX VALGUS

Autores:
PEREZ JIMENO NURIA, GARCIA MARTINEZ BEATRIZ, PEREZ GARCIA JOSE MARIA, DE BLAS SANTIBAÑEZ ESTHER, PASCUAL LOPEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
En la cirugía electiva del hallux valgus se considera de gran importancia el manejo de la herida quirúrgica y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0748

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA DEL HALLUX VALGUS

de las partes blandas en el postoperatorio para evitar las posibles y frecuentes complicaciones relacionadas con las mismas.

Al ser la cirugía del hallux valgus considerada una cirugía menor el paciente no le da a las recomendaciones generales la importancia que tienen, por lo que aparecen con mayor frecuencia de lo esperado infecciones o una evolución tórpida que alarga el tiempo de recuperación.

En base a esto, se han desarrollado en otros centros hospitalarios protocolos de cuidados similares al que queremos implantar en nuestro servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general del proyecto es la aplicación de un Protocolo de cuidados en el tratamiento postoperatorio del hallux valgus que homogenice la práctica de los mismos, así como la concienciación de la importancia de los mismos en los pacientes.

Estimamos, con este proyecto, se pueda reducir la incidencia de complicaciones y que ello pueda repercutir en un menor número de visitas médicas y un menor tiempo de recuperación.

MÉTODO
El Protocolo de Cuidados tras la cirugía del Hallux Valgus constará de:

- En el momento de la inclusión en lista de espera quirúrgica, se le dará al paciente, junto al consentimiento informado, un folleto con las pautas a seguir antes y después de la cirugía.

- Tras la cirugía, junto al informe de Alta, se le dará al paciente un nuevo folleto con las recomendaciones y las citas para las curas.

INDICADORES
Para monitorizar el proyecto seguiremos una serie de indicadores:

1os:
- Infecciones de herida quirúrgica
- Dehiscencias de herida quirúrgica
- Días de baja laboral (vuelta a vida habitual)

2os:
- Consultas en sala de curas
- Días de hospitalización

DURACIÓN
La fecha prevista de inicio es abril de 2019. Durante el primer trimestre: Periodo de explicación y adaptación. Segundo trimestre: Periodo de aplicación y recogida de datos. Tercer trimestre: Periodo de aplicación, recogida de datos y análisis de los mismos para comprobación de su efectividad.

El tiempo de duración será indefinido, siempre y cuando se demuestre la disminución de la incidencia de complicaciones.

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 - 2019/0944

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL RECICLAJE DE RESIDUOS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA DEL HUMS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ISAIAS GARRIDO SANTA MARIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BRICIO MEDRANO CARMEN
VALENTIN FRANCOS ALBERTO JAVIER
LOPEZ ARPAL BLANCA
RUBIO FERNANDEZ RAQUEL
HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI
GOMEZ BLASCO ANDRES
GARCIA CALVO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El servicio de Traumatología del Hospital Miguel Servet cuenta con 5 quirófanos diarios en los que habitualmente se realizan unas 3 intervenciones cada uno, además de otros 2 quirófanos de tarde. Por lo tanto, se genera un volumen importante de plástico y papel-cartón que se podría derivar para su correcto reciclado. Pensamos que debemos contribuir sobre todo a que todo el plástico no se trate como los residuos normales, porque su tiempo estimado de degradación es muy largo. Por ello es una de las lacras medio-ambientales que debemos combatir en el siglo XXI.

Nuestro proyecto de mejora de puesta en marcha del reciclaje de residuos en los quirófanos de Traumatología comenzó poniéndonos en contacto con la supervisión de enfermería de quirófanos para saber si era viable nuestra idea de comenzar el reciclaje. Les pareció una buena iniciativa que podía ser viable. A través de las supervisoras conseguimos los recipientes y las bolsas de colores diferenciadas (amarillo para plásticos, transparente para papel-cartón y verde para resto de residuos biológicos quirúrgicos).

El siguiente paso fue reunirnos con el personal de enfermería de los quirófanos de traumatología para explicarles nuestro proyecto y pedirles su colaboración. La acogida fue mayoritariamente buena pero no todo el personal estaba dispuesto a colaborar porque supone un trabajo extra el separar los residuos durante la preparación de los quirófanos y con frecuencia este trabajo se tiene que realizar contrarreloj para no retrasar las cirugías. La mayor parte de los residuos de plástico que podemos separar son los que componen los envoltorios de los paños quirúrgicos y del material desechable que se abre al principio de la cirugía. En cuanto al papel, de la misma manera podemos separar las cajas y papeles que envuelven las prótesis y material quirúrgico que se utilizan durante la cirugía. Por ello la mayor parte de los residuos segregados los obtenemos antes de empezar las cirugías, porque en cuanto algún elemento se mancha con algún liquido biológico no debe separarse para llevar a reciclar, sino que se envía con el resto de residuos de quirófano que llevan un proceso diferente para su eliminación.

Se eligió de forma voluntaria un responsable de enfermería en cada quirófano para tener más control y motivación de la nueva actividad. Estos voluntarios son miembros que componen el equipo de mejora.

Una vez asegurada la primera fase de la separación de los residuos hablamos con el servicio de limpieza de los quirófanos. La verdad es que el personal de la empresa subcontratada fue muy dispuesto y no tuvieron ningún problema en colaborar con esta tarea.

También me comuniqué con los responsables de logística y el personal que lleva los residuos del quirófano hasta la zona centralizada de basuras del hospital y nos garantizaron que mantendrían las bolsas separadas hasta la salida de los mismos del hospital, que son llevados al parque tecnológico de reciclaje que el ayuntamiento tiene dispuesto en el polígono de La Cartuja.

Una vez garantizados todos los eslabones de la cadena de transporte de los residuos y tras comprobar que nuestro proyecto estaba aprobado e incluido en los objetivos del servicio comenzamos el trabajo. No ha sido fácil ir concienciando al personal implicado de la importancia del reciclaje para que los plásticos y el papel no se junten con el resto de residuos biológicos que se producen en el quirófano. Además, si estos residuos están en una cirugía contaminada, se destruyen mediante la incineración. Y de este modo disminuimos la contaminación que inducimos en nuestro trabajo de cirujanos.

Los tiempos que teníamos como objetivo, han sido cumplidos porque el inicio de esta actividad de separación y reciclaje comenzó nada más aprobar el proyecto y su porcentaje de cumplimiento y seguimiento ha ido aumentando a lo largo del año de desarrollo que llevamos en marcha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos realizado varias mediciones del peso de los residuos separados de plástico y papel-cartón en un quirófano de traumatología tras las tres intervenciones de un día de trabajo. Obtuvimos como resultado una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0944

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL RECICLAJE DE RESIDUOS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA DEL HUMS

media de 4 kg en una bolsa de 100 litros de capacidad (que son las que se usan habitualmente) de plástico y 3,5 kg de papel-cartón.

He de decir que la cantidad de residuos obtenidos es muy variable dependiendo del tipo de intervenciones que se realizan, y del número de intervenciones que se realizan en cada quirófano (se producen más residuos si se hacen más cirugías que si hay menos aunque sean más largas porque es en la preparación de las mismas donde más residuos se generan). Así cuando se implanta una prótesis de rodilla o cadera aumentan los residuos porque hay muchos más envoltorios de las diferentes piezas del material implantado y en otras cirugías es menor la cantidad posible de residuos que podemos reciclar.

Por ello determinamos otro indicador que aun siendo menos cualitativo y quizá un poco subjetivo nos parece más indicativo del éxito de nuestro proyecto. Nos referimos al porcentaje de basura reciclada de la posible cantidad total de basura reciclable. La cantidad total de basura reciclable es difícil de determinar con exactitud porque en traumatología hay más de 50 intervenciones diferentes y a su vez estás tienen variantes en cuanto al instrumental y paños que se utilizan. Por ello es imposible objetivar lo que no se separa ya que va por otro circuito y está manchado con líquidos biológicos. Para intentar objetivar esa cantidad hicimos una medición de los residuos que podríamos obtener de las intervenciones más frecuentes y así acercarnos a una estimación más real.

-Porcentaje de la basura reciclada. En el informe de seguimiento que realizamos a los 6 meses de iniciar el proyecto reportamos un 60% de basura reciclada del total que podríamos haber conseguido. En la evaluación final, nos reunimos todos los miembros del equipo de mejora y tras recoger todas nuestras observaciones determinamos que conseguimos un 75% de la basura posible para ser reciclada en los quirófanos.
Este resultado nos parece satisfactorio porque supone un volumen de residuos importante que hemos conseguido reciclar este primer año. De esta forma hemos evitado que se mezclase con el resto de residuos y así fuese imposible su reciclaje.
En resumen, hemos conseguido reciclar tres cuartas partes de los residuos que el año pasado desechábamos, disminuyendo así la contaminación que esto provoca y reutilizando las materias primas que contienen con la consiguiente reducción, por ejemplo, de la deforestación para obtener celulosa para el papel-cartón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a la colaboración de diferentes estamentos (enfermería, personal de limpieza, cirujanos y los encargados del transporte de los residuos) hemos conseguido poner en marcha el reciclaje de los residuos en los quirófanos de Traumatología.

Los resultados se pueden mejorar. Es importante seguir incrementado el porcentaje de basura que conseguimos llevar a reciclar, pero más importante es mantener la adherencia a esta actividad en el tiempo. A este respecto hemos de decir que el cambio de personal de enfermería que hemos sufrido ha incidido negativamente en nuestros resultados porque el personal nuevo tiene que aprender el funcionamiento del quirófano y este último paso de reciclar los residuos fácilmente lo pasan por alto por sentirse agobiados por el trabajo y la presión del quirófano. Por este motivo sería deseable que el personal de enfermería no cambiase tanto para así mejorar los resultados.

Finalmente he de decir que estamos orgullosos de haber iniciado esta tarea que, creo, va en beneficio de todos a largo plazo y es una responsabilidad cívica. Por ello hemos puesto nuestro granito de arena para disminuir la huella ecológica en nuestro trabajo de mejorar la salud de los aragoneses.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/944 ========== ***

Nº de registro: 0944

Título
PUESTA EN MARCHA DEL RECICLAJE DE RESIDUOS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA DEL HUMS

Autores:
GARRIDO SANTA MARIA ISAIAS, BRICIO MEDRANO CARMEN, VALENTIN FRANCOS ALBERTO, LOPEZ ARPAL BLANCA, RUBIO FERNANDEZ RAQUEL, HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, GOMEZ BLASCO ANDRES, GARCIA CALVO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0944

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL RECICLAJE DE RESIDUOS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA DEL HUMS

Otro Tipo Patología: Reciclaje de residuos quirurgicos en quirófanos de traumatologia
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Para el bloque quirurgico

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

PROBLEMA
Actualmente en los quirófanos de Traumatología del Hospital Miguel Servet NO se separan los residuos de todos los envoltorios del material quirúrgico que diariamente se usan para las intervenciones. La mayor parte de los envoltorios de todos los paños quirúrgicos, del material de osteosíntesis y del material protésico son de plástico y de papel-cartón.
Creemos que podemos colaborar en la separación de residuos que se producen en el quirófano para evitar que el plástico y el papel vayan junto con el resto de residuos que se manchan con líquidos y restos biológicos y que, por lo tanto, siguen otro proceso de tratamiento para su eliminación.
Traumatología cuenta con 5 quirófanos diarios en los que habitualmente se realizan unas 3 intervenciones. Por lo tanto, se genera un volumen importante de plástico y papel-cartón que se podría derivar para su correcto reciclado. Pensamos que debemos contribuir sobre todo a que todo el plástico no se trate como los residuos normales, porque su tiempo estimado de degradación es muy largo. Por ello es una de las lacras medio-ambientales que debemos combatir en el siglo XXI para evitar que nos veamos en un mundo rodeados de residuos de plástico.

RESULTADOS ESPERADOS
-Separar los residuos de plástico y papel-cartón que se generan en la apertura de los envoltorios de todo el material e instrumental quirúrgico, así como de los sueros y medicación utilizados en los quirófanos de Traumatología del HUMS.
-Mantener en bolsas separadas e identificables los residuos para que el personal de limpieza los recoja y los lleve hasta la zona donde el hospital organiza los residuos para finalmente enviarlos al Complejo de tratamiento de residuos urbanos de Zaragoza.

MÉTODO
Sabemos que es difícil concienciar a todo el mundo de la importancia del reciclaje y que es una labor extra en el quirófano, donde además en ocasiones el tiempo para comenzar una intervención debe ser lo más breve posible. Es por ello que necesitamos la colaboración y el compromiso del equipo de enfermería. En este sentido hemos comenzado hablando con las supervisoras de quirófano para saber primero si esta labor era posible en ese entorno y para disponer de los cubos de reciclaje, además de organizar el circuito que deben seguir los residuos.
Posteriormente hemos pedido un voluntario responsable de cada quirófano de Traumatología para que se haga cargo de iniciar y animar cada día a esta tarea de separar el plástico y el papel-cartón que sobre todo se debe hacer al inicio de cada cirugía. Por ello están reflejados como colaboradores de este proyecto de mejora 4 miembros del equipo de enfermería.
Además hemos hablado con los responsables de logística y limpieza del hospital para asegurar que, tras la separación de los residuos, éstos se mantengan segregados hasta que lleguen a la planta de reciclaje.
En todos estos escalones hemos recibido una buena acogida a nuestra iniciativa y todos los estamentos están dispuestos a colaborar, ya que es una labor de todos y del día a día.

INDICADORES
Valorar el peso de los residuos separados de plástico y papel-cartón en un quirófano al inicio, a los 6 meses de implantación de este proyecto y al año.
Porcentaje de la basura reciclada del total.

DURACIÓN
Inicio inmediato ya que los recursos que necesitamos para empezar ya los tenemos (cubos y bolsas de colores para separar el plástico y el papel-cartón del resto de residuos que se generan en el quirófano) y se ha hablado con todos los estamentos que componen los eslabones de la cadena de reciclaje. Falta llevarla a cabo y ver la adherencia y cumplimiento de esta tarea.
Vamos a empezar esta ardua tarea poco a poco y asegurarnos de que se comienza a reciclar todos los residuos que sean posibles y que la separación de los mismos sea correcta y no se mezclen en ningunos de los eslabones de la cadena.
La duración es de un año y podríamos prolongarlo posteriormente.

OBSERVACIONES
Agradecemos al Dr Benedí que comenzó en solitario esta labor hace tiempo que ha servido para inspirar esta iniciativa.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0944

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL RECICLAJE DE RESIDUOS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA DEL HUMS

```
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 - 2019/1081

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 24/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAÑADA ASENSIO VANESA
FRANCO LACASA SUSANA ANTONIA
JIMENEZ JIMENEZ NOELIA
LOPEZ ARPAL BLANCA
MONTAÑES MARIN EVA MARIA
VILAR SIERRA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Se ha definido el grupo de trabajo y nuestro proyecto de mejora.
2-Hemos realizado reuniones calendarizadas para definir y consensuar los puntos definidos en el proyecto:
2.1-Vinculación a través del sistema informático de los listados del instrumental quirúrgico entre el servicio de esterilización y el bloque quirúrgico (Desde Abril hasta Diciembre de 2019).
2.2-Unificación nomenclatura de los contenedores y sets quirúrgicos siguiendo un criterio único (Desde Abril hasta Diciembre de 2019).
2.3-Cambio de etiquetas de los contenedores y sets quirúrgicos en esterilización (Desde Abril hasta Diciembre de 2019) .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto a los resultados obtenidos, partiendo de los objetivos que nos marcamos en el proyecto,los cuales fueron:
-Dirigir estrategias para la reducción de incidencias relacionadas con el instrumental quirúrgico, fomentando el trabajo en equipo y la comunicación.
-Alinear las necesidades y requerimientos del servicio de esterilización y el bloque quirúrgico en relación a la gestión del instrumental quirúrgico
-Establecer mecanismos de coordinación y comunicación efectiva entre la central de esterilización y el bloque quirúrgico.
Y acorde con los indicadores de evaluación y medición que planteamos,podemos decir:
1-Se cuenta con un único inventario del instrumental quirúrgico disponible en el Hospital Universitario Miguel Servet actualizado y accesible para el servicio de esterilización y el bloque quirúrgico. En proceso (90%).
2-Se ha unificado la nomenclatura de los contenedores y sets quirúrgicos de traumatologia .En fase de realización (20%).
Los contenedores y sets quirúrgicos nuevos recibidos a partir de la fecha de inicio del proyecto tienen la nomenclatura unificada en un 100%.
3-Normalizar y listar el contenido de las cajas de instrumental quirúrgico por procesos.En vías de desarrollo.
4-Sesiones impartidas en relación a la gestión del instrumental quirúrgico. Mínimo 1-SI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora se siente satisfecho con el trabajo realizado,las actividades llevadas a cabo han sido las adecuadas para el proyecto.
No obstante el equipo ha concluido que el proyecto es muy ambicioso, puesto que el material existente para revisión es muy numeroso y por otro lado, nos llega prácticamente a diario, instrumental nuevo que debemos supervisar para que su nomenclatura y organización sean las adecuadas.
El mayor problema que nos estamos encontrando es poder revisar los instrumentales con tranquilidad; ya que debemos romper la cadena de esterilización del material y el volumen de trabajo diario del bloque quirúrgico es frenético en todos los turnos,lo que impide disponer del material sin correr el riesgo de que ese material sea necesario a lo largo de la jornada y no de tiempo a su esterilización.
Por otra parte, para la sostenibilidad del proyecto,seria interesante la ampliación
del numero de personas implicadas en el.
Resumiendo, solicitaremos la ampliación del proyecto a lo largo de 2020 para poder trabajar de forma segura y a un ritmo que podamos compatibilizar con el ritmo quirúrgico.

7. OBSERVACIONES.

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

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

1. TÍTULO

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

Nº de registro: 1081

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

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

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS
General
- Dirigir estrategias para la reducción de incidencias relacionadas con el instrumental quirúrgico, fomentando el trabajo en equipo y la comunicación

Específicos
- Alinear las necesidades y requerimientos del servicio de esterilización y el bloque quirúrgico en relación a la gestión del instrumental quirúrgico.
- Establecer mecanismos de coordinación y comunicación efectiva entre la central de esterilización y el bloque quirúrgico.

MÉTODO
El proyecto se iniciará en el año 2019 en el bloque quirúrgico A

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

1. TÍTULO

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

1. Actualizar el inventario del instrumental quirúrgico disponible en el HUMS que sea accesible tanto para el servicio de esterilización como para el bloque quirúrgico
2. Normalizar y listar el contenido de las cajas de instrumental quirúrgico por procesos.
3. Modificar y unificar la nomenclatura de los contenedores / sets quirúrgicos para el bloque quirúrgico y el servicio de esterilización
4. Dar a conocer la cantidad de instrumental quirúrgico existente, por proceso quirúrgico, para que se programe el parte quirúrgico teniendo en cuenta los tiempos de esterilización en caso de dos o más procesos iguales en el mismo quirófano

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1091

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA PROTESIS TOTAL DE TOBILLO EN LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA LA ARTROPATIA TIBIOASTRAGALINA SEVERA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA PEREZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MARTINEZ BEATRIZ
CARDONA MALFEY RAFAEL
SAMI HAMAM ALCOBER RAFAEL
PEREZ JIMENO NURIA
MARTINEZ VILLEN GREGORIO
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A partir del segundo semestre el equipo de pie y tobillo ha asistido a varias cirugías en directo y a varios cursos relacionados con la prótesis de tobillo.:
· Integra Ankle days. Bruselas, 10-11 de Mayo de 2019.
· International Foot and ankle arthroscopy. Arthrolab. Munich 19 de Junio de 2019.
· Workshop de Cirugía de Pie y Tobillo. MEDCOM TECH. Hospital MAZ de Zaragoza. 3 de Octubre .
· Curso "Vias de abordaje de la extremidad Inferior en COT" Zaragoza, 21-22 de Noviembre de 2019
. Ankle Arthroplasty: State of the art. Barcelona 30-31 de Enero de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A lo largo de este año se ha realizado y presentado el Estudio de Monitorización de la Prótesis de Tobillo, con el que se ha conseguido que el Hospital Universitario Miguel Servet sea Hospital de Referencia para dicha patología

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
I.En ese estudio mencionado se han descrito los: Criterios de inclusión y de exclusión.
II. Variables del estudio
II.1 Fase pre-intervención
II.2 Fase de intervención
II.3 Fase de seguimiento
III. Análisis estadístico
Y se recoje el Modelo de Consentimiento Informado, el Manual de recogida de datos y la 3 Escala AOFAS

7. OBSERVACIONES.
La primera cirugía se llevará a cabo el 20/02/20.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1091 ========== ***

Nº de registro: 1091

Título
INCORPORACION DE LA PROTESIS TOTAL DE TOBILLO EN LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA LA ARTROPATIA TIBIOASTRAGALINA SEVERA

Autores:
PEREZ GARCIA JOSE MARIA, GARCIA MARTINEZ BEATRIZ, CARDONA MALFEY RAFAEL, HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, PEREZ JIMENO NURIA, MARTINEZ VILLEN GREGORIO, MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER, ORTEGA LAHUERTA PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: aArtropatía degenerativa severa del tobillo
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1091

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA PROTESIS TOTAL DE TOBILLO EN LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA LA ARTROPATIA TIBIOASTRAGALINA SEVERA

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

PROBLEMA
La artropatía degenerativa severa del tobillo, es un problema con el que suele enfrentarse el médico ortopedista, y más aún el especialista en tobillo y pie. Esta puede ser de origen primario, o lo que es más frecuente secundaria a diversas causas, dentro de las cuales la artritis postraumática y la artritis inflamatoria específica (como la artritis reumatoidea) son las más frecuentes.
Durante casi todo el siglo pasado, el "gold standard" para el tratamiento de esta patología con sintomatología rebelde a los métodos conservadores, fue la artrodesis del tobillo. En nuestro medio aún hoy sigue siendo la cirugía de elección para estos pacientes. La misma permite correcta alineación del miembro, con un tobillo indoloro a expensas de perder su movilidad. De cualquier modo, las posibles complicaciones de ésta cirugía, y las consecuencias a largo plazo en las articulaciones vecinas (fundamentalmente subastragalina), hacen que la misma si bien es bien tolerada, no sea inocua y mucho menos esté exenta de complicaciones y secuelas.
Comenzaron a surgir luego distintas opciones para el tratamiento de esta patología, dentro de las cuales se pueden mencionar las osteotomías correctivas y de descarga, la artrodiastasis del tobillo, la artroscopía, la viscosuplementación, la artroplastía diastasante, las queilectomías, el reemplazo por aloinjerto, y sobre todo el reemplazo protésico del tobillo,
Con respecto al desarrollo protésico, es fundamentalmente a partir de la década del setenta, que se comenzó con las artroplastías protésicas del tobillo. Las prótesis de primera generación (fundamentalmente constreñidas y cementadas) fueron abandonadas por la alta incidencia de fracasos, como el aflojamiento precoz y los malos resultados a corto plazo, por lo que hasta la década del '90, los ortopedistas fuimos reacios a dicha indicación. Luego surgieron prótesis de segunda generación, que demostraron mejores resultados a mediano plazo (más del 85% de sobrevivencia protésica a más de 6 años) según las publicaciones.
En el momento actual, las prótesis con inserto de polietileno (menisco libre) presentan mejor índice de sobrevivencia, lo que estaría determinado fundamentalmente por la disminución del stress prótesis-hueso, la poca resección ósea con superficie de contacto total, la transmisión de fuerzas a través de movimientos de traslación y leves rotaciones del inserto intermedio, y la correcta alineación con estabilidad del tobillo.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de vida, de forma importante, en aquellos pacientes: con artritis sistémicas del tobillo, como es la artritis reumatoidea, osteoartrosis primaria o secundaria (postraumática) del tobillo, sobre todo con afectación bilateral en los que la artrodesis incapacitaría funcionalmente en grado severo..
Es una cirugía no está exenta de complicaciones, y que el largo plazo así como el desarrollo tecnológico futuro, nos brindará la aceptación o no del método. Sin embargo, creo que no podemos dar la espalda al desarrollo de esta posibilidad, y a las publicaciones serias que avalan el uso de la misma. Es cierto que según los diversos autores la curva de aprendizaje de esta técnica es larga, y debemos ser cautos en la indicación correcta y la realización idónea de la misma para minimizar las complicaciones y esperar resultados favorables.

MÉTODO
Recopilar la información existente sobre los diferentes tipos y modelos de prótesis existentes: indicaciones, contraindicaciones absolutas y relativas, así como las complicaciones
Diseñar una base de datos que permita la recogida y búsqueda específica de pacientes diana.
Ofertar la técnica a los diferentes Servicios de la Comunidad Autónoma y limítrofes como Centro de Referencia

INDICADORES
Número de intervenciones.
Resultados incluyendo las complicaciones
Encuestas a nivel del paciente
Recolección de encuestas de nivel de uso y satisfacción percibida por el personal de quirófano (médico, enfermería auxiliar…) y de hospitalización

DURACIÓN
Inicio mayo 2019, final mayo 2020.
Mayo/junio 2019: Puesta en marcha de la técnica quirúrgica, incluyendo la formación en los Centros de Referencia y los datos existentes sobre los modelos actuales de prótesis de tobillo
Julio/agosto 2019: Coordinación con los Servicios de Reumatología, Anestesia y Unidades de Cirugía Ortopédica (Unidad de Fracturas y Tobillo y Pie).
Septiembre 2019/abril 2020: Base de datos con los pacientes diana e Incorporación de la técnica al Servicio
Abril 2020: Ofertar la mejora diseñada a los profesionales sanitarios, dando a conocer su existencia y promoviendo su uso, como Centro de Referencia.
Mayo 2020: Registrar el uso realizado y el grado de satisfacción.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1091

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA PROTESIS TOTAL DE TOBILLO EN LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA LA ARTROPATIA TIBIOASTRAGALINA SEVERA

```
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 - 2019/1390

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR ATRESIA DE ESÓFAGO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES RUIZ DE TEMIÑO BRAVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PEDIATRICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCEDO GONZALEZ JAVIER
BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO
FERNANDEZ ATUAN RAFAEL
CORONA BELLOSTAS CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
– Redacción de un Protocolo de Transferencia y seguimiento en la vida adulta de los pacientes intervenidos por Atresia de esófago, de forma consensuada por los componentes del equipo del Servicio de Cirugía Pediátrica y el Servicio de Aparato Digestivo, Sección de Motilidad y Patología Funcional. Este protocolo se ha enviado a la Unidad de Calidad asistencial del HUMS.
– Elaboración de un Documento informativo sobre la Atresia de esófago, en formato folleto con lenguaje comprensible para el paciente, incluyendo la clasificación, tratamiento, complicaciones, evolución y seguimiento en la vida adulta.
– Listado de pacientes intervenidos por Atresia de Esófago.
– Se ha iniciado la planificación de citas de transferencia en las Consultas Externas de Cirugía Pediátrica y el Circuito de transferencia de acuerdo al Protocolo.
– El Servicio de Cirugía Pediátrica ha organizado la Jornada de Atresia de Esófago para familias y pacientes (8/6/19) en el Edificio de Docencia del Hospital Miguel Servet (HUMS), presentando una ponencia sobre la Transición a la vida adulta en la Atresia de esófago.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La implantación de un Protocolo de transferencia y seguimiento en la vida adulta de los pacientes intervenidos por atresia de esófago nos ha permitido:

- Iniciar el seguimiento sistematizado que requieren los pacientes intervenidos por atresia de esófago al nacimiento mayores de 15 años.
- Consensuar entre los Servicios participantes los criterios (edad, evaluación, periodicidad, etc) que requiere el seguimiento de estos pacientes.
- Coordinar la información entre los servicios implicados mediante un Informe de transferencia.
- Mejorar y Adecuar la información del paciente sobre su proceso, entregando un documento escrito.
- Mejorar la satisfacción de paciente con la información y con la confianza de recibir la asistencia necesaria en su proceso después de la edad pediátrica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto nos ha permitido establecer canales de comunicación entre diferentes Servicios con el objetivo de dar continuidad asistencial en el tiempo a una patología compleja y crónica, que se inicia al comienzo de la vida y se prolonga en la edad adulta, contribuyendo así a mejorar la calidad asistencial.
La experiencia lograda con este proyecto nos facilitará el desarrollo de protocolos de transferencia en otros procesos crónicos complejos que requieren un seguimiento en la vida adulta.
Está pendiente la evaluación de los indicadores ya establecidos en el Protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1390 ========== ***

Nº de registro: 1390

Título
PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR ATRESIA DE ESOFAGO

Autores:
RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES, ALCEDO GONZALEZ JAVIER, BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO, FERNANDEZ ATUAN RAFAEL, CORONA BELLOSTAS CAROLINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1390

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR ATRESIA DE ESÓFAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología: Patología Esofagogástrica
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La atresia de esófago (AE) es una de las anomalías congénitas más frecuentes del aparato digestivo (1/2.400-4.500 nacimientos), en la que desde hace varias décadas se ha logrado una elevada supervivencia (> 90%) que nos lleva a poner la atención en los problemas de morbilidad y calidad de vida a largo plazo.
Los problemas respiratorios y nutricionales predominan en los primeros años de vida, pero los problemas gastrointestinales pueden prolongarse durante la adolescencia y la vida adulta. Las complicaciones más frecuentes son el reflujo gastroesofágico, la esofagitis péptica, el esófago de Barrett, la estenosis esofágica, los trastornos de la deglución, la disfagia y la dismotilidad esofágica y gástrica. En la edad adulta se añade el problema del posible adenocarcinoma y carcinoma epidermoide esofágico.
En el momento actual no existe un protocolo de seguimiento de esta morbilidad después de los primeros años de vida. Algunos pacientes pasan a la vida adulta y olvidan la anomalía congénita esofágica de la que fueron intervenidos y el control de los problemas asociados que debería continuarse a lo largo de su vida.
Este proyecto pretende dar respuesta a la necesidad de un seguimiento multidisciplinar sistematizado, realizando una transferencia que dirija y oriente correctamente al paciente desde la asistencia ofrecida durante la infancia y adolescencia por los Servicios de Cirugía Pediátrica y Pediatría, a la Atención especializada de adultos, en la que el Servicio de Digestivo dispone de los principales recursos necesarios para atender estos problemas en esta etapa de su vida.

RESULTADOS ESPERADOS
- Protocolizar el seguimiento a largo plazo de los pacientes intervenidos por Atresia de esófago.
- Mejorar en los pacientes intervenidos por Atresia de esófago la información sobre su patología y la morbilidad que debe controlarse en la edad adulta.
- Establecer un Protocolo de Transferencia de los pacientes desde los Servicios de Cirugía Pediátrica y Pediatría al Servicio de Aparato Digestivo en la edad adulta.

MÉTODO
- Protocolo consensuado de seguimiento para detectar precozmente y tratar los problemas a largo plazo de los pacientes intervenidos por Atresia de Esófago a partir de los 15 años.
- Folleto informativo comprensible para el paciente y sus familiares sobre la Atresia de Esófago, su tratamiento y evolución, y los problemas de salud relacionados con esta patología a controlar en la vida adulta.
- Protocolo de Transferencia, definiendo criterios de edad, información clave a incluir en el Informe Clínico de Transferencia y Agenda de Consultas Externas de derivación.
- Listado de pacientes intervenidos por Atresia de Esófago, con registro de edad.
- Sesión Clínica conjunta con los Servicios de Cirugía Pediátrica, Aparato Digestivo y Unidad de Gastroenterología Pediátrica, de los pacientes a transferir.
- Planificación de Cita de última revisión en la Consulta de Cirugía Pediátrica, para actualizar evolución clínica y pruebas complementarias; explicación y entrega de folleto informativo; indicar la Consulta del Servicio de Digestivo donde se continuará la asistencia (Consulta Monográfica de Motilidad Digestiva).
- Informe Clínico de Transferencia con el resumen actualizado de la evolución clínica y pruebas complementarias por el Servicio de Cirugía Pediátrica, que se guardará en la HCE.
- Planificación de Cita de Transferencia en la Consulta de Aparato Digestivo (Consulta Monográfica de Motilidad Digestiva).

INDICADORES
• Criterio: Cumplimiento de Transferencia de Pacientes.
Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años transferidos según protocolo/ Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años. (Estándar 90%)
• Criterio: Cumplimiento de la Información a los Pacientes.
Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años que han recibido información específica/ Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años. (Estándar 90%)
Fuente de datos: Listado de pacientes intervenidos por Atresia de Esófago. Revisión HCE.
• Criterio: Satisfacción de los Pacientes.
Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años satisfechos con la información recibida y protocolo de transferencia/ Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años.
Fuente de datos: Encuesta de Satisfacción.

DURACIÓN
• Inicio: Protocolo seguimiento a largo plazo: Abril-Mayo 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1390

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR ATRESIA DE ESÓFAGO

- Folleto informativo sobre Atresia de Esófago: Mayo 2019.
- Protocolo de Transferencia: Mayo 2019.
- Lstado de pacientes intervenidos por Atresia de esófago con registro de > o próximos a 15 años.
- Iniciar aplicación: A partir de Junio 2019.
- Evaluación en 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 - 2019/1224

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LA CONSULTA QUIRÚRGICA DE ALTA RESOLUCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

Fecha de entrada: 25/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ-ESCOLAR LARRAÑAGA LUCIA
BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS
RODRIGUEZ MARQUEZ GUILLERMO
MIGUEL CORRALES PILAR
PERALES ENGUITA ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo de este Acuerdo de Gestión era mejorar los resultados anteriores con la optimización de los filtros de pacientes derivados, facilitando el cribado y mejora de outputs tanto para los ratios de consulta como de satisfacción del paciente.
Además se pretendía contribuir al control de las Listas de Espera Quirúrgica (mejora del índice entradas/salidas) así como el índice de consultas primeras/sucesivas

Actividades realizadas
Hemos considerado que este proyecto tiene que continuar como Acuerdo de Gestión otro año más puesto que se han analizado más pacientes de los que inicialmente se quería y se ha pensado en intentar unificar el documento de derivación con los ítems requeridos, incluso pensar en hacerlo todo visa telemática como parte de la Historia Clínica Electrónica.

1º Agrupar y estudiar la actividad 2016-2018 analizando los resultados
Se ha procedido al estudio y análisis de los pacientes intervenidos entre mayo de 2016 a abril del año 2019 lo que supone 3 años de Alta Resolución que creemos significativos para su análisis. Nos basamos en el artículo ya comentado (Cir. plást. iberolatinoam.-Vol. 44 - No 3, págs 335-338, 2018)
2º Actuación sobre cada fase del proceso:
Una vez estudiados los resultados se ha procedido a analizar las fases del proyecto
- Derivación pacientes por Dermatología : elaborar documento tipo para envío del paciente por dermatología que posea los ítems básicos e imprescindibles para la inclusión en el circuito. Pendiente de realizar en la continuación del proyecto este año 2020, pues se quieren introducir ítems nuevos, adaptar el documento a uno general de derivación a nuestro Servicio
- Filtro de pacientes: rediseñar condiciones de inclusión: edad, tipo patología, toma de anticoagulantes/antiagregantes, domicilio paciente, situación social. Realizado como parte de los resultados.
- Consulta/cirugía: optimizar programación quirúrgica evitando suspensiones, estudiar ampliación de sesiones. Se realizará cuando se analicen todos los resultados
quirúrgicas
- Derivación a Dermatología: creación documento tipo estandarizado. Pendiente para la continuación del proyecto 2020
- Control biopsias por si paciente o patología fuera subsidiaria de tratamiento en el Servicio o derivación a otro que no fuera Dermatología. Realizado
3º Creación/mantenimiento de Base de Datos del proceso
Proyecto 2020 cuando se establezcan los ítems definitivos
4º Evaluación de resultados de nueva propuesta
Como actividad final cuando se modifiquen los ítems se procederá a su comparación con más enfermos intervenidos bajo las nuevas propuestas. Pendiente de Acuerdos del 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Del análisis de los resultados de los tres años (2016-2018) y comparándolos con los que ya se habían cosechado el al año anterior, se deduce los siguientes aspectos:
- Número total de pacientes seleccionados para las Consultas de Alta Resolución. 1386
- Pacientes que han sido intervenidos 1195. Esto supone un 86% de los seleccionados, lo que mejora los resultados del estudio. Aún así queda un 14% de pacientes “mal seleccionados” o filtrados en los que hay que incidir para minimizarlos en lo máximo.
- De los 1195 pacientes intervenidos 251 han sido recitados o derivados a otras Consultas por varias razones, desde que la AP mostraba exéresis incompleta hasta resultados AP que exigían otro tipo de actuaciones. Supone un 21% del total de intervenidos. Estos pacientes se “salen” del circuito puro de Alta Resolución pero hay que contar con que esta cifra será difícilmente rebajada.
- Pacientes suspendidos, es decir seleccionados previamente para Alta Resolución que posteriormente no se han intervenido: 191 (13,7% de los pacientes). Razones principales y corregibles:
o 99 pacientes cuya lesión no era subsidiaria de tratamiento con Anestesia local (fundamentalmente por el tamaño) 7,1 % de los seleccionados
o 28 reprogramados con otro día con anestesia local (2%) debido probablemente por mal filtro o información errónea de la antocoagulación/antiagregación previa
o El resto de pacientes son en su mayoría falta de asistencia por parte del paciente o suspensión de la

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

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LA CONSULTA QUIRÚRGICA DE ALTA RESOLUCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

sesión quirúrgica por parte de la organización. Suponen un 4,6 %.
Respecto a los indicadores propuestos, tenemos:

- Indice de beneficiados de la consulta de alta resolución. (a/b)x100:
  a= pacientes citados a la consulta de alta resolución
  b= pacientes con criterios para ser atendidos en la consulta de alta resolución
  Objetivo>90%

  No se ha realizado, porque creemos que pierde su valor al ser muy subjetivo

- Indice de aprovechamiento de la consulta de alta resolución (a/b)x100:
  a= pacientes intervenidos en sala blanca el mismo día tras ser valorados en la consulta de alta resolución
  b= pacientes seleccionados para la consulta de alta resolución
  Objetivo>70%

  Indice obtenido : 86%

- Consultas sucesivas tras la consulta/cirugía de alta resolución. (a/b):
  a= no total de consultas sucesivas
  b= no de pacientes intervenidos en la consulta de alta resolución
  Objetivo <1,25

  Indice obtenido: se ha conseguido rebajar el índice de 1,25 propuesto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Del análisis de los resultados e índices obtenidos creemos que este proyecto debe de continuar este año 2020 para poder terminar lo previsto e incluso añadir nuevos aspectos que han podido quedarse en el tintero.

La selección de pacientes debe implementarse de otra manera que asegure que la práctica totalidad de los pacientes se pueda intervenir y a ese 14% que no se interviene por varias razones se minimice en lo posible.

Los criterios de selección han cambiado: no sólo se intervienen pacientes de fuera de Zaragoza sino hay que incluir criterios de edad o motivos laborales (poblaciones diana). Ha aumentado mucho la media de los pacientes intervenidos, hecho que coincide con el envejecimiento de la población, que además es más propensa a este tipo de lesiones

Se ha disminuido mucho las suspensiones quirúrgicas por causa de la organización (contando también con la variabilidad de la práctica clínica de los cirujanos)

Se puede añadir al programa aspectos como la derivación de estos pacientes de manera telemática. Ya se practica la TeleDermatología y nosotros podemos tener un hueco en ese sentido.

El documento para remitir a los pacientes debe ser consensuado con los Dermatólogos dejando bien claros los criterios de remisión o derivación. También pensamos que este documento se puede incluir en un formato común a nuestra Especialidad.

De cualquier manera son 1195 pacientes que aunque pasaron por las Listas de Demanda Quirúrgica lo fueron brevemente contribuyendo a disminuir los ratios y medias. Por parte de los pacientes, gran satisfacción de evaluarlos e intervenirlos el mismo día.

Mejora de las Consultas Externas: disminución evidente del índice primeras/sucesivas, contribuyendo a su mejor gestión y disminución de citaciones.

7. OBSERVACIONES.
Proponemos la continuación de este Proyecto en 2020 dentro de los Acuerdos de Gestión, al que añadiremos aspectos que hemos considerado interesantes o útiles a posteriori
Serán plasmados en el documento que se enviará como tal en su momento

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

Nº de registro: 1224

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

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

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

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LA CONSULTA QUIRÚRGICA DE ALTA RESOLUCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

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

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

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

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

INDICADORES
Se mantendrán los indicadores actuales
* Indice de beneficiados de la consulta de alta resolución
(a/b)x100:
a= pacientes citados a la consulta de alta resolución
b= pacientes con criterios para ser atendidos en la consulta de alta resolución
Objetivo>90%
* Indice de aprovechamiento de la consulta de alta resolución
(a/b)x100:
a= pacientes intervenidos en sala blanca el mismo día tras ser valorados en la consulta de alta resolución
b= pacientes seleccionados para la consulta de alta resolución
Objetivo>70%
* Consultas sucesivas tras la consulta/cirugía de alta resolución.
(a/b):
a= no total de consultas sucesivas
b= no de pacientes intervenidos en la consulta de alta resolución

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

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LA CONSULTA QUIRÚRGICA DE ALTA RESOLUCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

Objetivo <1,25
Se evaluarán los resultados con un mínimo de 300 pacientes, que pueden ser intervenidos en unos 6 meses aproximadamente

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 21/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ DE LETAMENDI NIEVES
AGULLO DOMINGO ALBERTO
TURON RIOS MARIA ALICIA
SAMPIETRO DE LUIS JOSE MANUEL
PUERTAS PEÑA JAVIER
REOLA RAMIREZ ENARA
SANZ ARANDA ESTER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Del calendario previsto, no se han llevado a cabo ninguna de las actividades. Por motivos externos al proyecto de calidad, el componente del equipo en representación del servicio de Geriatría causó baja en el hospital, y no ha sido posible coordinar desde entonces nuestras actividades con dicho servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Me remito al apartado anterior. No me es posible mostrar resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Me remito a los apartados anteriores. No me es posible elaborar conclusiones y recomendaciones.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1262

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Los tumores cutáneos de cabeza y cuello (en especial el carcinoma espinocelular cutáneo), puede ser un tumor de rápido crecimiento, que obliga a cirugías mayores, que implican resección amplia, reconstrucción y linfadenectomía. Estos tumores, cada vez con mas frecuencia, se detectan en pacientes mayores, en los que también es más frecuente la metastatización.
Con frecuencia se intervienen sin tener en cuenta la fragilidad del paciente, o no se intervienen (o se hace de manera incompleta) teniendo como único criterio la edad. Lo primero conlleva mayor riesgo de complicaciones, en ocasiones mortales, y mayor uso de recursos sin obtener mejoría en la calidad de vida del paciente. En el segundo caso, la imperancia del ageísmo implicará mayor mortalidad y morbilidad.
La toma de decisiones consensuada en base a equipos multidisciplinares es la base de la atención centrada en la persona y en la gestión por procesos asistenciales.

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

1. TÍTULO

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

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

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

MÉTODO
Elaboración de un grupo de trabajo formado por Cirujanos Plásticos y Geriatras.
Reuniones periódicas del grupo de trabajo (al menos trimestrales). Primera reunión para poner en común datos objetivos sobre el número y sobre todo características, de pacientes subsidiarios de esta valoración.
Consenso definitivo sobre valoración de fragilidad en estos pacientes, en base a evidencia científica de que se disponga en este tipo de cirugías.
Elaboración de un protocolo que incluya el circuito de derivación de estos pacientes para poder hacerlo lo mas precoz posible y poder gestionarlo, si es viable, en el resto de centros de la red SALUD que dispongan de Geriatría, dado que el Servicio de C. Plástica del HUMS es referencia única regional.
No se precisan a priori recurso material ni humano, al disponerse de consultas monográficas en ambos servicios.

INDICADORES
Formación de un grupo de trabajo si/no
Reuniones periódicas del grupo de trabajo (al menos trimestrales) si/no
Elaboración de protocolo si/no
Valoración de población diana y remitidos para valoración prequirúrgica de fragilidad a CCEE Geriatría: 80%.
Valoración de población diana remitidos para valoración prequirúrgica de fragilidad a CCEE Geriatría, con valoración realizada y con informe clínico detallado disponible en la HCE del paciente. 80%
Elaboración por parte de C. Plástica de informe clínico definitivo con la conclusión consensuada tras paso por comité de tumores y disponible en la HCE: 75%

DURACIÓN
Inicio mayo 2019
Junio 2019: inicio de reuniones periódicas.
Septiembre 2020: elaboración del protocolo
Octubre 2020 puesta en marcha, con inicio de registro de derivaciones/valoraciones
Mayo 2020: análisis de resultados y finalización/valoración de continuidad

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1088

1. TÍTULO

REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PRIMITIVO MARTINEZ VALLINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa se ha mantenido a rendimiento completo por parte del Servicio.
La Dirección del Centro ha restado disponibilidad de quirófanos en periodos puntuales críticos, pero se han autorizado y organizado sesiones quirúrgicas de prolongación de jornada, cuando la demanda registrada en la lista de espera quirúrgica (LEQ) ha presentado una desviación del standard de demora establecido en 30 días.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La demora de intervención en pacientes incluidos en LEQ por procesos neoplásicos, en términos globales, se ha mantenido por debajo de un mes en más del 95% de casos; de acuerdo con el indicador de LEQ actualizada el último día del mes, contrastado con el cuadro de mandos de la Dirección de Gestión del Hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actual organización de la asistencia por parte del Servicio de Cirugía Torácica a la población del Sector III, coordinada con los recursos que proporciona el Hospital Clínico Universitario, y el apoyo de los disponibles en el Hospital Universitario Miguel Servet, permite una atención efectiva de la población diana.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1088 ========== ***

Nº de registro: 1088

Título
REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

Autores:
MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO, GARCIA TIRADO FRANCISCO JAVIER, SANCHEZ GARCIA FERMIN, RECUERO DIAZ JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Neoplasias
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde septiembre de 2005 el servicio de Cirugía Torácica absorbe la patología existente de dicha especialidad en el HCULB, con un proyecto novedoso en dicho momento. En vez de mantenernos como centro de referencia y trasladar toda la nuestra patología del área III al Hospital Servet, mantuvimos, en el HCULB, la infraestructura de hospitalización, consultas externas, quirófano e interconsultas de otros Servicios, desplazando 1 ó 2 cirujanos, según las circustancias, diariamente desde el Servet al HCULB y cubriendo las urgencias de dicho Hospital con un cirujano en guardia localizada. Aunque la actividad quirúrgica se limitaba a un día semanal, se nos otorgaba la prioridad para camas de críticos y eso permitía mantener la Lista de Espera (LEQ) de dicho hospital dentro de los límites de garantia que marca el SALUD para enfermedad neoplásica maligna.
Si analizamos el cuadro de mandos del HUMS desde el 2009 observamos que nuestro rendimiento supera siempre el 70% tenemos 150 horas mas de quirófano y realizamos 100 intervenciones más debido principalmente a que en la actualidad tenemos asignado quirofano diario incluso en puentes y en los meses estivales. El número de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1088

1. TÍTULO

REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

primeras visitas en C.E. tambien han aumentado en 100 puntos y en la misma proporción la inclusión en LEQ.
Consecuencia de ello hemos llegado al umbral superior de capacidad quirúrgica en el HUMS.
Sin embargo en el HCULB hemos pasado de tener en los años 2009-10 un rendimiento quirúrgico de 80%, entrada en LEQ de 78/95, nº de sesiones quirúrgicas anuales de 47/48 y 90/88 intervenciones a tener en los dos últimos (2017-18) años un rendimiento del 55/65 con sólo 35/24 sesiones quirúrgicas que permitieron sólo 67/58 intervenciones, muy inferior, todo ello, a los 95/109 pacientes que entraron en LEQ estos últimos 2 años, lo que implica un total de 28/51 pacientes que se debieron trasladar al HUMS para su intervención, como consecuencia de un plan de absorción, en estos últimos años, por parte del HUMS y suprimir la actividad quirúrgica y posteriormente el resto de colaboración en el HCULB.
La realidad es, que dado la imposibilidad de aumentar nuestra actividad quirúrgica en el HUMS y, principalmente, el aumento de camas de críticos, provocó un cuello de embudo y consiguientemente un aumento del tiempo en LEQ muy superior al mes de garantía para pacientes oncologicos marcados por el SALUD.

RESULTADOS ESPERADOS
Reestructuración y reactivación de los recursos quirúrgicos en Cirugía Torácica en el HCULB.
Mantener el tiempo de demora quirúrgica por debajo de 30 días en pacientes con patología oncológica.
Equidad en dicho tiempo en ambos hospitales para los pacientes oncologicos
Evitar sobrepasar los 6 meses de espera quirúrgica en los pacientes con patología no maligna.

MÉTODO
Mantener las actividades de hospitalización, C.Ex, asistencia a comité de tumores, atención continuada sin cambios.
Incrementar la actividad quirúrgica hasta los rangos pactados en la integración en 2005 consistente en un día semanal
Prioridad, dicho día, en la utilización de unidad de criticos.

INDICADORES
El último día de cada mes, se actualizara la LEQ del servicio.
Se usará como indicador de que al menos el 95% de los pacientes con patología oncológica que han entrado el mes anterior en LEQ esten intervenidos

DURACIÓN
Anual prologable mientras la Gerencia del SALUD, mantengan la unificación.

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 - 2019/1088

1. TÍTULO

REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE ..... PRIMITIVO MARTINEZ VALLINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA TIRADO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REESTRUCTURACIÓN DE QUIRÓFANOS EN AMBOS HOSPITALES CON ACTIVIDAD DE PROLONGACIÓN DE JORNADAS CON UTILIZACIÓN DE 2 CAMAS DE CRÍTICOS EN EL POSTOPERATORIO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA CON INTENCIÓN DE ABSORBER LA DEMANDA DE DICHO HOSPITAL Y EN LO POSIBLE PARTE DEL HUMS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE EVALUA EL 1 DE UN MES EL NÚMERO PENDIENTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD NEOPLASICA POR INTERVENIR DEL PENULTIMO MES DEL MISMO. ES DECIR, EN ENERO SE EVALUA EL NUMERO DE PACIENTES DE NOVIEMBRE PENDIENTE DE OPERAR Y EL NÚMERO DE LOS MISMOS REMITIDOS PARA SU INTERVENCIÓN AL HCULB.
ENERO 2019: entrada en lista de espera: 17 neoplasicos y 8 no malignos
pendiente de nov 2018: 0
remitidos al HCULB: 2
% cumplimiento: 100%
FEBRERO 2019: entrada en lista de espera: 28 neoplasicos y 6 no malignos
pendiente de dic 2018: 0
remitidos al HCULB: 2
% cumplimiento: 100%
MARZO 2019: entrada en lista de espera: 21 neoplasicos y 2 no malignos
pendiente de ener2019: 3
remitidos al HCULB: 4
% cumplimiento: 86%
ABRIL 2019: entrada en lista de espera: 30 neoplasicos y 3 no malignos
pendiente de feb 2019: 0
remitidos al HCULB: 4
% cumplimiento: 100%
MAYO2019: entrada en lista de espera: 30 neoplasicos y 7 no malignos
pendiente de mar 2019: 0
remitidos al HCULB:5
% cumplimiento: 100%
JUNIO 2019: entrada en lista de espera: 29 neoplasicos y 9 no malignos
pendiente de abril 2019: 1
remitidos al HCULB: 3
% cumplimiento: 96%
JULIO2019: entrada en lista de espera: 35 neoplasicos y 2 no malignos
pendiente de mayo 2019: 2
remitidos al HCULB: 0
% cumplimiento: 94%
AGOSTO2019: entrada en lista de espera: 28 neoplasicos y 1 no malignos
pendiente de jun 2019: 0
remitidos al HCULB: 2
% cumplimiento: 100%
SEPTIEMBRE 2019: entrada en lista de espera: 23 neoplasicos y 14 no malignos
pendiente de julio 2019: 5
remitidos al HCULB: 0
% cumplimiento: 78%
OCTUBRE 2019: entrada en lista de espera: 32 neoplasicos y 6 no malignos
pendiente de agos 2019: 0
remitidos al HCULB: 2
% cumplimiento: 100%
NOVIEMBRE 2019: entrada en lista de espera: 21 neoplasicos y 8 no malignos
pendiente de sep 2019: 0
remitidos al HCULB: 0
% cumplimiento: 100%
DICIEMBRE 2019: entrada en lista de espera: 17 neoplasicos y 4 no malignos
pendiente de oct 2019: 0
remitidos al HCULB: 0
% cumplimiento: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de prolongaciones de jornadas en el HCULB, con la posibilidad de utilizar 2 camas de UCI nos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1088

1. TÍTULO

REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

permitió poder llevar al día las intervenciones mayores neoplásicas de ambos hospitales. Recordemos que en el HUMS sólo tenemos concedido una cama REA por día. No obstante el esfuerzo por los miembros del servicio fue desigual al negarse, con derecho a ello, parte de sus miembros a realizar dichas prolongaciones programadas. Sólo el aumento de quirófanos en cualquiera de los dos hospitales y el aumento de plantilla en un adjunto más podría resolver el problema.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1088 ========== ***

Nº de registro: 1088

Título
REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

Autores:
MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO, GARCIA TIRADO FRANCISCO JAVIER, SANCHEZ GARCIA FERMIN, RECUERO DIAZ JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Neoplasias
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde septiembre de 2005 el servicio de Cirugía Torácica absorbe la patología existente de dicha especialidad en el HCULB, con un proyecto novedoso en dicho momento. En vez de mantenernos como centro de referencia y trasladar toda la nuestra patología del área III al Hospital Servet, mantuvimos, en el HCULB, la infraestructura de hospitalización, consultas externas, quirófano e interconsultas de otros Servicios, desplazando 1 ó 2 cirujanos, según las circustancias, diariamente desde el Servet al HCULB y cubriendo las urgencias de dicho Hospital con un cirujano en guardia localizada. Aunque la actividad quirúrgica se limitaba a un día semanal, se nos otorgaba la prioridad para camas de críticos y eso permitía mantener la Lista de Espera (LEQ) de dicho hospital dentro de los límites de garantia que marca el SALUD para enfermedad neoplásica maligna.
Si analizamos el cuadro de mandos del HUMS desde el 2009 observamos que nuestro rendimiento supera siempre el 70% tenemos 150 horas mas de quirófano y realizamos 100 intervenciones más debido principalmente a que en la actualidad tenemos asignado quirofano diario incluso en puentes y en los meses estivales. El número de primeras visitas en C.E. tambien han aumentado en 100 puntos y en la misma proporción la inclusión en LEQ. Consecuencia de ello hemos llegado al umbral superior de capacidad quirúrgica en el HUMS.
Sin embargo en el HCULB hemos pasado de tener en los años 2009-10 un rendimiento quirúrgico de 80%, entrada en LEQ de 78/95, nº de sesiones quirúrgicas anuales de 47/48 y 90/88 intervenciones a tener en los dos últimos (2017-18) años un rendimiento del 55/65 con sólo 35/24 sesiones quirúrgicas que permitieron sólo 67/58 intervenciones, muy inferior, todo ello, a los 95/109 pacientes que entraron en LEQ estos últimos 2 años, lo que implica un total de 28/51 pacientes que se debieron trasladar al HUMS para su intervención, como consecuencia de un plan de absorción, en estos últimos años, por parte del HUMS y suprimir la actividad quirúrgica y posteriormente el resto de colaboración en el HCULB.
La realidad es, que dado la imposibilidad de aumentar nuestra actividad quirúrgica en el HUMS y, principalmente, el aumento de camas de críticos, provocó un cuello de embudo y consiguientemente un aumento del tiempo en LEQ muy superior al mes de garantía para pacientes oncologicos marcados por el SALUD.

RESULTADOS ESPERADOS
Reestructuración y reactivación de los recursos quirúrgicos en Cirugía Torácica en el HCULB.
Mantener el tiempo de demora quirúrgica por debajo de 30 días en pacientes con patología oncológica.
Equidad en dicho tiempo en ambos hospitales para los pacientes oncologicos
Evitar sobrepasar los 6 meses de espera quirúrgica en los pacientes con patología no maligna.

MÉTODO
Mantener las actividades de hospitalización, C.Ex, asistencia a comité de tumores, atención continuada sin

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1088

1. TÍTULO

REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

cambios.
Incrementar la actividad quirúrgica hasta los rangos pactados en la integración en 2005 consistente en un día semanal
Prioridad, dicho día, en la utilización de unidad de criticos.

INDICADORES
El último día de cada mes, se actualizara la LEQ del servicio.
Se usará como indicador de que al menos el 95% de los pacientes con patología oncológica que han entrado el mes anterior en LEQ esten intervenidos

DURACIÓN
Anual prologable mientras la Gerencia del SALUD, mantengan la unificación.

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 - 2019/1480

1. TÍTULO

CONTROL DE LA INFECCION RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) EN EL S. DE C. TORACICA DEL H.U.MIGUEL SERVET: CONTRIBUCION AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS HOSPITALARIO (PROA)

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER GARCIA TIRADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO
SANCHEZ GARCIA FERMIN
LORA IBARRA ANDREA
MUÑOZ GONZALEZ NADIA
AVILES PARRA JUAN DIEGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Protocolo de registro de infecciones: realizado, fue puesto en conocimiento del grupo de calidad; no obstante, el grupo de calidad se encontraba inactivo desde hace unos meses, y tras la reciente designación en el servicio del nuevo jefe de servicio va a ser remodelado de forma inminente.
2.- Los casos de IRAS-PROA han sido recogidos en su totalidad por participantes en el proyecto, y contrastados los datos con los que obran en poder de los servicios de Microbiología y Preventiva.
3.- Hemos participado en dos sesiones de IRAS-PROA organizadas en el hospital, con control de asistencia pero sin emisión de certificación.
4.- El 21-enero-2020 se efectuó la sesión del servicio prevista inicialmente para noviembre-2019, demorada por la coyuntura expuesta del proceso de adjudicación de jefatura de servicio. La segunda sesión estaba prevista para abril-2020, y así será realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el servicio se ha introducido una cultura de control de las infecciones nosocomiales, en sintonía con los principios del PROA y la iniciativa IRAS-PROA.
La elaboración del registro y la recogida de los casos detectados nos ha permitido identificar la tasa de infección nosocomial en los pacientes sometidos a intervención quirúrgica: 2,5%, ajustada al standard del estudio EPINE.
Se ha efectuado una sesión clínica en el servicio relativa a las IRAS, con participación del 80% de los miembros del servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El conocimiento y análisis de la IRAS detectadas en el servicio, confrontado con los datos de cumplimiento correcto de la profilaxis antibiótica perioperatoria proporcionados por el servicio de M. Preventiva, nos ha permitido revisar nuestra pauta de profilaxis antibiótica; próximamente se va a presentar a la Comisión de Infecciones una propuesta de modificación de la pauta, más acorde con los principios PROA.
De forma más genérica, un mayor acercamiento al programa PROA ha servido para actualizar y reforzar el conocimiento sobre el uso de antibióticos de los miembros del servicio.

7. OBSERVACIONES.
Tras la reciente consolidación de la jefatura de servicio, y el consiguiente respaldo al presente proyecto, su continuidad y potenciación están aseguradas.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1480 ========== ***

Nº de registro: 1480

Título
CONTROL DE LA INFECCION RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) EN EL S. DE C. TORACICA DEL H.U.MIGUEL SERVET: CONTRIBUCION AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS HOSPITALARIO (PROA)

Autores:
GARCIA TIRADO FRANCISCO JAVIER, MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO, SANCHEZ GARCIA FERMIN, LORA IBARRA ANDREA, MUÑOZ GONZALEZ NADIA, AVILES PARRA JUAN DIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1480

1. TÍTULO

CONTROL DE LA INFECCION RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) EN EL S. DE C. TORACICA DEL H.U.MIGUEL SERVET: CONTRIBUCION AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS HOSPITALARIO (PROA)

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Programa de Optimizacion de Antimicrobianos (PROA) hospitalario traduce el esfuerzo mantenido de la institución sanitaria (a través de su Comisión de Infecciones) por optimizar el uso de antimicrobianos en pacientes hospitalizados. La finalidad primordial del Programa es:
1.- mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infecciones.
2.- minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos (incluyendo la aparición y diseminación de resistencias, que han conducido a la situación crítica microbiológica que padecemos actualmente).
3.- garantizar la utilización de tratamientos coste-eficaces.
Para hacer frente a esta problemática se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos. A nivel autonómico, el Departamento de Sanidad ha puesto en marcha el programa IRASPROA (Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Por otra parte, las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) continúan siendo un importante problema de salud, a pesar de los progresos realizados a nivel asistencial y en salud pública. Son causa de elevada morbimortalidad, provocan un aumento de las estancias hospitalarias, son causa importante de reingreso, y suponen un gran coste tanto para el propio paciente como para el sistema sanitario, dado el incremento del consumo de recursos sanitarios que conllevan; su prevención y control es absolutamente coste-eficiente. Datos del European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en el estudio de prevalencia de las IRAS y consumo de antibióticos (ECDC-PPS 2011-2012) realizado en 30 países europeos, incluida España, revelan que el 6,0% de los pacientes hospitalizados adquieren al menos una IRAS; de estas, el 19,6% fueron infecciones de localización quirúrgica (ILQ), las segundas más frecuentes, tras las infecciones respiratorias (23,5%). En España, el estudio EPINE (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España) 2016 estimó que el 7,92% de los pacientes hospitalizados presentaron alguna IRAS, siendo las ILQ las más frecuentes (25,66% de las IN). Por tanto, dentro de las IRAS, las ILQ son un importante problema que limitan los potenciales beneficios de las intervenciones quirúrgicas.
En el S. de Cirugía Torácica se realizan anualmente casi 500 intervenciones; más de la mitad de éstas son cirugías de carácter limpia-contaminada, con indicación de profilaxis antimicrobiana; en muchos casos de cirugía limpia, la edad avanzada del paciente y/o la inmunodepresión que presentan de base por sus características clínicas, condicionan la necesidad de realizar la mencionada profilaxis. A pesar de que dicha profilaxis se realiza de acuerdo con el protocolo de profilaxis preoperatoria elaborado por la Comisión de Infecciones, la incidencia de IRAS se sitúa en torno al 2%.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un mapa de infecciones del Servicio, mediante la identificación de las IRAS (con especial atención a las ILQ) y los patógenos microbiológicos implicados.
Supervisión interna de la adecuación de la profilaxis antibiótica preoperatoria.
Interlocución directa con los miembros del PROA implicados, en los casos de IRAS-ILQ detectados.

MÉTODO
Elaboración del registro de IRAS-ILQ, en colaboración con el Grupo de Mejora de la Calidad Asistencial del Servicio.
Participación del responsable PROA del servicio actividades e iniciativas promovidas desde la estrategia hospitalaria y autonómica.
Realizar al menos 2 sesiones al año relacionadas especialmente las ILQ, y el manejo de antibióticos.

INDICADORES
Elaboración del protocolo de registro: SI; verificable por el responsable del Grupo de Mejora de la Calidad Asistencial, a través de su memoria para la Unidad de Calidad Asistencial hospitalaria.
Recogida de los datos de las IRAS-ILQ detectadas: registro > 95% casos; evaluación mediante áudit mensual empleando cortes de prevalencia, a realizar por los participantes en el proyecto; dicho áudit se entregará al grupo de calidad para la inclusión en su memoria.
Participación del responsable PROA en actividades e iniciativas relacionadas: Presentación de certificados de asistencia o participación.
Realización de sesiones semestrales: Inclusión de las sesiones en el programa de sesiones formativas del servicio, una semestral, con participación de al menos el 50% del personal facultativo en cada sesión.

DURACIÓN
Anual, renovable de acuerdo mutuo con Dirección Médica-Subdirección del Área Quirúrgica.
Elaboración del protocolo de registro: presentación al servicio y al grupo de calidad antes del 30-junio-2019.
Sesiones formativas: a programar de acuerdo con el Tutor de Residentes, responsable de la programación de sesiones formativas, una en cada semestre natural del año en curso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1480

1. TÍTULO

CONTROL DE LA INFECCION RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) EN EL S. DE C. TORACICA DEL H.U.MIGUEL SERVET: CONTRIBUCION AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS HOSPITALARIO (PROA)

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 - 2019/1507

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA NUEVA DOCUMENTACIÓN UTILIZADA EN LA EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELENA DUASO LONGAS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. COMISION DE DOCENCIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEL CURA BILBAO ALICIA
MORENO ESCRIBANO MERCEDES
BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL
DOMINGUEZ CAJAL MERCEDES
PABLO CEREZUELA FRANCISCO
SANCHEZ GARCIA DOLORES MERCEDES
SOLANO BERNAD VICTOR MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1) Se ha elaborado nueva documentación de acuerdo a las directrices del Ministerio:
o Informe de rotación MIR F_01_CD
o Informe de evaluación anual del tutor F_02_CD
o Acta evaluación anual F_21_CD
o Acta evaluación final F_29_CD
o Informe evaluación recuperación F_34_CD
o Evaluación recuperación global anual F_33_CD
2) Se ha aprobado la documentación previa en la Comisión de Docencia del HUMS
3) Se habían realizado sesiones informativas a los tutores durante los meses de septiembre y octubre de 2018 (14). Asimismo, las nuevas directrices se incorporan en las presentaciones de los cursos para tutores noveles que se realizan semestralmente
4) Evaluar la cobertura de la utilización de la nueva documentación:
En la evaluación de Abril-Mayo de 2019 se requirió la utilización del nuevo modelo de informe anual del tutor y se utilizaron actas de acuerdo con el nuevo modelo propuesto.
La parte más complicada de este proceso era la implantación de un nuevo modelo de evaluación de rotaciones, por el volumen y variabilidad en su manejo. Para la revisión de la utilización de los nuevos modelos de evaluación de rotaciones se diseñó un audit, seleccionando a un residente por UD y solicitando a su tutor que el día 29 de noviembre de 2019 aportara la documentación en la Comisión de Docencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados del audit y de la comprobación de la documentación en Abril-Mayo de 2019 se presentan junto con el resto de indicadores propuestos:

1) Elaboración de la nueva documentación de acuerdo a las directrices del Ministerio: Sí.

2) Actividades de difusión de la nueva documentación a tutores de las UUDD realizadas (Nº de actividades de difusión realizadas):

- 14 en talleres específicos entre septiembre-octubre de 2018
- 4 talleres de formación de tutores el 14 y 26 de marzo y el 19 y 21 de noviembre

3) Nº de Unidades Docentes (UUDD) que utilizan el Informe de rotación MIR F_01_CD y el Informe de evaluación anual del tutor F_02_CD (Nº de UUDD que utilizan el Informe de rotación MIR F_01_CD y el Informe de evaluación anual del tutor F_02_CD /Nº total de UUDD x 100). Estándar 80%. Resultado: 33/36=91,5%

4) Nº de UUDD que utilizan los nuevos modelos de Acta evaluación final F_29_CD y Acta evaluación anual F_21_CD en los Comités de evaluación (Nº de UUDD que utilizan los nuevos modelos de Acta evaluación final F_29_CD y Acta evaluación anual F_21_CD en los Comités de evaluación/Nº total de UUDD x 100). Estándar 95%. Resultado: 36/36=100%

5) Nº de UUDD que utilizan los nuevos modelos de documentación en los Comités de evaluación para evaluaciones negativas recuperables (Nº de UUDD que utilizan los nuevos modelos de documentación en los Comités de evaluación de evaluaciones negativas recuperables/ Nº total de UUDD que tienen evaluaciones negativas recuperables x 100). Estándar 80%. Resultado: 1/1=100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Existen algunas Unidades Docentes (5,56%) que no disponen de informes de evaluación en todas las rotaciones, lo que puede considerarse un incumplimiento grave de la normativa. Todas las rotaciones de los residentes deben ser evaluadas. Dentro de cada Unidad Docente, los itinerarios-guía y planes individuales especifican las rotaciones, y cada una debe finalizar con un informe de evaluación de los objetivos docentes.
- Un 3% de las Unidades utilizan modelos de evaluación obsoletos, que no se corresponden a los oficiales del Ministerio. En Junio de 2018 entraba en vigor el nuevo modelo especificado por el Ministerio, cuya principal novedad era la inclusión de objetivos específicos en cada rotación. En Septiembre de 2018 se impartieron

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1507

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA NUEVA DOCUMENTACIÓN UTILIZADA EN LA EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES

numerosos talleres a los tutores para explicar todos los cambios y que pudieran comenzar a elaborar y utilizar los nuevos documentos que la Comisión de Docencia implantó. A día de hoy es imprescindible su utilización y es necesario que comiencen a utilizar los modelos correctos con objetivos específicos.
- Un 56% utilizan los nuevos modelos de evaluación, pero no han especificado los objetivos concretos de cada rotación (utilizan el modelo "genérico" propuesto por la Comisión). Deben continuar modificando el modelo "genérico", incluyendo objetivos específicos.
- Un 36% utilizan los nuevos modelos y los han adaptado, incluyendo los objetivos específicos de rotación, completamente adecuados a las exigencias de la nueva normativa requerida por el ministerio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1507 ========== ***

Nº de registro: 1507

Título
ANALISIS DE LA IMPLANTACION DE LA NUEVA DOCUMENTACION UTILIZADA EN LA EVALUACION DE LOS RESIDENTES

Autores:
DUASO LONGAS ELENA, DEL CURA BILBAO ALICIA, MORENO ESCRIBANO MERCEDES, BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL, DOMINGUEZ CAJAL MARIA MERCEDES, PABLO CEREZUELA FRANCISCO, SANCHEZ GARCIA DOLORES MERCEDES, SOLANO BERNAD VICTOR MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
A raíz de la nueva documentación de evaluación de personal en formación especializada aprobada por el Ministerio de Sanidad (Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación. BOE 95/2018) se hace necesaria la evaluación de su cumplimentación. Esta nueva normativa recoge importantes modificaciones, otorgando más peso a la evaluación del tutor y modificando el sistema de evaluación de los períodos de recuperación. Dado que es una normativa nacional, es obligatorio actualizar nuestra documentación, adaptando las nuevas directrices y utilizándola en los residentes que superaron la evaluación del año 2018.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implantar los nuevos modelos de Informe de rotación MIR F_01_CD e Informe de evaluación anual del tutor F_02_CD y monitorizar su uso en el año lectivo 2019-2020
- Implantar los nuevos modelos de Acta evaluación final F_29_CD y Acta evaluación anual F_21_CD en la constitución de los Comités de evaluación de las Unidades Docentes durante los meses de Abril y Mayo de 2019.
- Implantar los nuevos modelos de documentación en la evaluación y constitución de los Comités de evaluación de los períodos de recuperación en evaluaciones negativas recuperables.

MÉTODO
- Elaborar nueva documentación de acuerdo a las directrices del Ministerio
- Aprobación de la documentación en la Comisión de Docencia del HUMS
- Difusión de la nueva documentación a las Unidades Docentes mediante sesiones informativas a los tutores
- Evaluar la cobertura de la utilización de la nueva documentación

INDICADORES
- 1) Elaboración de la nueva documentación de acuerdo a las directrices del Ministerio: Sí.
- 2) Actividades de difusión de la nueva documentación a tutores de las UUDD realizadas (Nº de actividades de difusión realizadas)
- 3) Nº de Unidades Docentes (UUDD) que utilizan el Informe de rotación MIR F_01_CD y el Informe de evaluación anual del tutor F_02_CD (Nº de UUDD que utilizan el Informe de rotación MIR F_01_CD y el Informe

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1507

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA NUEVA DOCUMENTACIÓN UTILIZADA EN LA EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES

de evaluación anual del tutor F_02_CD /Nº total de UUDD x 100). Estándar 80%
- 4) Nº de UUDD que utilizan los nuevos modelos de Acta evaluación final F_29_CD y Acta evaluación anual F_21_CD en los Comités de evaluación (Nº de UUDD que utilizan los nuevos modelos de Acta evaluación final F_29_CD y Acta evaluación anual F_21_CD en los Comités de evaluación/Nº total de UUDD x 100). Estándar 95%
- 5) Nº de UUDD que utilizan los nuevos modelos de documentación en los Comités de evaluación para evaluaciones negativas recuperables (Nº de UUDD que utilizan los nuevos modelos de documentación en los Comités de evaluación de evaluaciones negativas recuperables/ Nº total de UUDD que tienen evaluaciones negativas recuperables x 100). Estándar 80%

El indicador 3 se calculará mediante un audit de la documentacion presentada en los distintos comités de evaluación anuales de cada UD, tomando aleatoriamente la evaluación de 1 residente en UUDD con <6 residentes y 2 residentes en UUDD con >5 residentes
Los indicadores 4 y 5 se calcularán a partir del análisis de la totalidad de los registros existentes en la secretaría de la Comisión de Docencia

DURACIÓN

Actividades de difusión de la nueva documentación a tutores de las UUDD: Febrero-Marzo 2019
Aprobación metodología por Comisión de Docencia: Febrero-Marzo 2019

Muestreo aleatorio de UUDD: Abril 2019
Recogida de datos : Abril-Mayo 2019
Revisión de utilización de nueva documentación durante evaluación anual (desde octubre de 2018, fecha en que se comenzó a implantar la documentación de rotaciones): Junio 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 - 2019/1005

1. TÍTULO

GESTION DE LA ATENCION POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PATOLOGIA DERMATOLOGICA

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE ..... PAULINA ANDREA CERRO MUÑOZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SIMAL GIL ESTRELLA
MARTIN MARCO RICARDO
PORTA AZNAREZ NIEVES
MARRON MOYA SERVANDO
GILABERTE CALZADA YOLANDA
SANCHEZ HERNANDEZ MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Agenda de tardes de dermatologi´a de realizadas por un MIR de tercer an~o los jueves y mie´rcoles de 15:00 a 19:30 hrs.
El proyecto se comenzó a impartir el 1 de julio de 2019 mantiéndose activo hasta la actualidad.
En cada día de consulta se realizaron 12 primeras visitas de 15 minutos cada una y 4 revisiones de 10 minutos cada visita. Además se realizaron entre 2 y 3 visitas para tratamiento con terapia fotodinámica.
Se empleó como recurso material una consulta de dermatología, una sala de procedimientos dermatológicos, una sala de utilizada para la iluminación de la terapia fotodinámica y como recurso humano participó del proyecto una enfermera.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Número total de visitas realizadas: 294
2. Nu´mero de primeras : 241
3. Nu´mero de revisiones: 53
4. Procedimientos dermatológicos especiales: 82
Biopsias cutáneas: 15
Crioterapias: 28
Terapias fotodinámicas: 39
5. Nu´mero de pacientes que requirieron ingreso hospitalario: 0
6. Nu´mero de pacientes vistos de alta resolucio´n: 103

Estos resultados se obtuvieron registrando la actividad realizada en una base de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto tal como se había planteado al inicio tuvo que ser modificado porque el Servicio de Urgencias consideró que los pacientes que acuden a dicho Servicio han de ser visitados de su problema en el momento. Al no poder cubrir la asistencia de urgencia de dermatología todos los días se decidió instaurar una consulta de residentes 2 tardes a la semana en la que se citan pacientes derivados principalmente desde Atención Primaria y desde otros servicios del Hospital Miguel Servet, incluido el de Urgencias.
Nos parece importante dar continuidad a este proyecto que ha permitido otorgar atención oportuna y de calidad a pacientes con patología dermatológica. Por otro lado este proyecto ha permitido al MIR de tercer año desarrollar su práctica profesional, en un ambiente supervisado lo que ha favorecido su confianza y contribuído a reforzar el sentido de responsabilidad necesario para el desarrollo de la especialidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1005 ========== ***

Nº de registro: 1005

Título
GESTION DE LA ATENCION POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PATOLOGIA DERMATOLOGICA

Autores:
CERRO MUÑOZ PAULINA ANDREA, SIMAL GIL ESTRELLA, MARTIN MARCO RICARDO, PORTA AZNAREZ NIEVES, MARRON MOYA SERVANDO, GILABERTE CALZADA YOLANDA, MILAGROS SANCHEZ HERNANDEZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1005

1. TÍTULO

GESTION DE LA ATENCION POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PATOLOGIA DERMATOLOGICA

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

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

PROBLEMA
Los problemas dermatológicos suponen hasta un 5-10% de todas las visitas a los servicios de urgencias y afectan mucho la calidad de vida de los pacientes.
La enfermedad dermatológica atendida en urgencias puede resultar muy compleja para el médico no especialista. Además, el dermato´logo realiza un diagno´stico ma´s preciso, biopsias diagno´sticas en la fase aguda, programa las futuras revisiones en la consulta de dermatologi´a de manera ma´s eficaz, evita ingresos y disminuye las consultas repetidas al Servicio de Urgencias.
La realidad del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) es que durante el año 2018 hubo 625 interconsultas al Servicio de Dermatología, de las cuales 98 fueron realizadas desde el Servicio de Urgencias tanto desde la Urgencia General, así como de la Urgencia Materno-Infantil. Estas interconsultas se realizaron en días laborables en horario de 8-15 horas. En el sistema público de salud español los facultativos de dermatología no realizan guardias. Además, en el caso del HUMS no existen huecos en las agendas dedicados a atender urgencias, por lo que la atención a estos pacientes se hace de forma improvisada alterando la atención a los pacientes ordinariamente citados.
En el Hospital Universitario de Salamanca fueron 3.084, con una población aproximada de 230.000 habitantes. Desconocemos cuántos pacientes acudieron en el año 2018 en nuestro hospital por motivos dermatológicos a urgencias no obstante, podemos hacer una estimación, si el número de urgencias atendidas en el HUMS en 2018 fue de 202.624 y según los artículos publicados, la urgencias dermatológicas suponen hasta un 5 a 10% del total, se estima que en 2018, entre 10.131 y 20.262 pacientes acudieron al HUMS por motivos dermatológicos.
Un estudio reciente de D. Bancalari-Díaz evidenció que la realización de guardias de Dermatología por parte de los MIR es de gran utilidad para el sistema hospitalario y que son necesarias en la formación integral del especialista en Dermatología.
En el Programa Formativo de la Especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología (B.O.E. de 25 de septiembre de 2007. Orden SCO/2754/2007) en el apartado 6.4 considera imprescindible para una completa formación del médico la realización de guardias hospitalarias, adscrito al servicio de Medicina Interna o de Cirugía exclusivamente durante el periodo rotatorio, y en la unidad de Dermatología el resto de su periodo formativo.
Por todos estos motivos consideramos que es necesario establecer un sistema de atención a los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias y requieren valoración por Dermatología, mediante la realización de consulta de tardes de Dermatología realizada por los residentes de esta especialidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Principal
Atender a los pacientes que consultan en urgencias por patología dermatológica.

Secundarios
•Agilizar el acceso a los pacientes que consultan en urgencias y requieren valoración rápida por Dermatología.
•Optimizar la calidad de la atención en las urgencias dermatológicas.
•Reducir las derivaciones de las urgencias dermatológicas a otros centros para que sean atendidos.
•Formar de los residentes de Dermatología del HUMS, en urgencias dermatológicas.
•Formar a los médicos de urgencias para la correcta derivación.
•Mejorar la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes con patología dermatológica que acude a urgencias.

MÉTODO
Agenda de tardes de Dermatología de Urgencias realizadas por un MIR de tercer año (lunes y miércoles de 16:00 a 19:30hrs)
-12 primeras visitas (15 minutos cada visita) 10 citadas desde el Servicio de Urgencias y 2 reservadas para las urgencias que lleguen durante el tiempo de consulta.
-3 revisiones (10 minutos cada visita)

INDICADORES
1. Número de visitas derivados desde el Servicio de Urgencias.
2. Número de visitas de urgencia que requirieron procedimientos especiales (biopsia cutánea, extirpación, crioterapia, electrocirugía).
3. Número de visitas de urgencia que requirieron solicitud de pruebas complementarias (analítica, serología, cultivo, imágenes).
4. Número de pacientes que requirieron ingreso hospitalario.
5. Número de revisiones.
6. Número de pacientes vistos de alta resolución.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1005

1. TÍTULO

GESTION DE LA ATENCION POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PATOLOGIA DERMATOLOGICA

1 de Junio de 2019

OBSERVACIONES
-Todas las actividades realizadas por el residente serán tuteladas por un facultativo de dermatología.
-Las solicitudes de atención de dermatología de urgencia se realizarán a través del servicio de citaciones.
-Además, los pacientes que acudan al Servicio de Urgencias en el horario de la consulta de urgencias de dermatología los lunes y los miércoles serán también atendidos.

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 - 2019/1047

1. TÍTULO

PROYECTO VIA RAPIDA DE ATENCION AL PACIENTE CON SOSPECHA DE PATOLOGIA DERMATOLOGICA POTENCIALMENTE GRAVE

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GILABERTE CALZADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BALDELLOU LASIERRA ROSA
MORALES CALLAGHAN ANA MARIA
SIMAL GIL ESTRELLA
CERRO MUÑOZ PAULINA ANDREA
PALMA RUIZ ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el mes de Julio de 2019 se inició la consulta de agenda de Vía rápida de dermatología que se realiza todos los lunes de mes salvo el 4º. La agenda consta de 10 primeras visitas (15 minutos cada visita), 10 revisiones (10 minutos cada visita) y 1 orden médica. Dicha consulta se pasa en la Consulta nº 2 de las Consultas Externas de Dermatología del HUMS, junto a una enfermera. Además se utiliza la Sala de Curas adjunta para la realización de biopsias y otros procedimientos dermatológicos quirúrgicos. Los residentes de dermatología rotan por la consulta.
Antes de iniciar la consulta se envió una carta a todos los coordinadores de los Centros de Salud del Sector 2 (también se remitió por e-mail) informándoles del inicio de esta consulta y dando unas pautas de la patología susceptible de ser derivada a la misma.
No se han elaborado materiales específicos del proyecto.
Periódicamente el jefe de Servicio de Dermatología valora con el Servicio de Citaciones la llegada de derivaciones para dicha consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES EVALUADOS
1. Número de primeras visitas realizadas en la Consulta de Vía Rápida:
- Primeras visitas enviadas desde atención primaria: 81 (50,3%)
- Primeras visitas procedentes de otro hospital: 5
- Primeras visitas procedentes del propio hospital: 75
- Total primeras visitas: 161
- Porcentaje de consultas no procedentes (que no requerían ser enviadas por vía rápida): 24 (16.2%)
- Número de consultas que requirieron realizar una biopsia cutánea en la misma visita: 37 (22,98%)
- Número de melanomas diagnosticados: 1
- 10 Diagnósticos realizados con más frecuencia:
1. Carcinoma basocelular: 26
2. Carcinoma escamoso: 12
3. Lesiones pigmentadas: 17
4. Queratosis actínicas: 10
5. Queratosis seborreicas: 7
6. Psoriasis: 5
7. Reacciones a fármacos: 4
8. Acné nodulo quístico: 4
9. Hematoma subungueal: 3
10. Condilomas acuminados: 3

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La consulta de vía rápida ha sido utilizada fundamentalmente para el envío de patología tumoral cutánea, así como el diagnóstico diferencial de lesiones pigmentadas con el melanoma. Se ha conseguido atender a estos pacientes en no más de 15 días siguientes a su derivación.
Aunque los resultados muestran que la mayoría de los pacientes remitidos por esta vía eran procedentes, se debe trabajar con Atención Primaria para evitar derivar a esta consulta patología que no requiere una atención preferente, que en esta experiencia piloto ha sido del 16,2%.
Al ser muchos de los pacientes atendidos con diagnóstico de cáncer cutáneo, la mayoría han sido intervenidos por el propio Servicio de Dermatología, aunque algunos se han tenido que derivar por falta de Sesiones quirúrgicas suficientes. Por lo que en el futuro el Servicio de Dermatología debería de contar con sesiones quirúrgicas suficientes para evitar remitir a estos pacientes a otros Servicios, especialmente Cirugía Plástica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1047 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1047

1. TÍTULO

PROYECTO VIA RAPIDA DE ATENCION AL PACIENTE CON SOSPECHA DE PATOLOGIA DERMATOLOGICA POTENCIALMENTE GRAVE

Nº de registro: 1047

Título
PROYECTO VIA RAPIDA DE ATENCION AL PACIENTE CON SOSPECHA DE PATOLOGIA DERMATOLOGICA POTENCIALMENTE GRAVE

Autores:
GILABERTE CALZADA YOLANDA, BALDELLOU LASIERRA ROSA, MORALES CALLAGHAN ANA MARIA, SIMAL GIL ESTRELLA, CERRO MUÑOZ PAULINA ANDREA, RUIZ PALMA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Según datos del ministerio de Sanidad publicados en 2017, por término medio, el 28 % de pacientes que acude a Atención Primaria precisa una interconsulta al especialista. Por otro lado, Dermatología es la segunda especialidad a la que más se deriva desde Atención Primaria en nuestro país.

La realidad del Servicio del HUMS es que aunque en el año 2017 se realizaron 29.152 consultas y en el año 2018 algo menos, 28.020, debido a que dos facultativos tuvieron una ITL de 6 y 8 meses de duración respectivamente, al final de 2017 el número de pacientes pendiente de cita era de 5.483 y al final de 2018 de 6.160 pacientes. De esta forma un paciente espera de media para ser visto en el Servicio de Dermatología 196 días.
Esta realidad hace necesaria establecer una vía rápida de atención a los pacientes con enfermedades potencialmente graves.
Pérez-Pérez L, et al. (Piel 2010; 25: 291) en su artículo sobre “Dermatosis potencialmente fatales” da un listado de estas enfermedades que es el que sigue: infecciones (síndrome de escaldadura estafilocócica, síndrome del shock tóxico, púrpura fúlminans, micosis profundas, erupción variceliforme de Kaposi, entre otras); farmacológicas: necrolisis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens Jhonson, DRESS, toxicodermias); autoinmunes (pénfigo, penfigoide, lupus eritematoso, dermatomiositis, escelrodermia); tumoral (melanoma, linfoma, tumor de Merckel, angiosarcoma, carcinomas escamosos de rápido crecimiento); vascular (calcifilaxia, vasculitis), genodermatosis (epidermólisis ampollosas); miscelánea (urticarias de difícil manejo, eritrodermias, psoriasis extensos).
La sospecha de cualquiera de estas enfermedades debería ser remitida por este sistema de vía rápida que supone no esperar más de 15-20 días a ser visto en la consulta de dermatología.
Estas dermatosis no son frecuentes por lo que se destinarán 30 visitas de primer día al mes para dichos pacientes:

RESULTADOS ESPERADOS
Principal
Priorizar a los pacientes con enfermedades dermatológicas potencialmente graves.
Secundarios
- Reducir el tiempo de espera de los pacientes con enfermedades dermatológicas potencialmente graves y que este sea de menos de 3 semanas.
- Formar a los médicos de atención primaria para reconocer la patología dermatológica potencialmente grave.
- Mejorar la calidad y la satisfacción de los pacientes con enfermedades dermatológicas potencialmente graves.

MÉTODO
Consulta de agenda de Vía rápida de dermatología (lunes 1º, 2º, 3º y 5º de cada mes)
10 primeras visitas (15 minutos cada visita)
10 revisiones (10 minutos cada visita)
1 orden médica

INDICADORES
1. Número de volantes enviados para la consulta de vía rápida
a. Número de volantes recibidos en el Servicio de Admisión del hospital dirigidos a la consulta Vía rápida de Dermatología
b. Número de derivaciones a través de la consultas virtual citados en la consulta de Vía rápida
2. Número de primeras visitas realizadas en vía rápida
a. Evaluación a través de la información que proporciona el Servicio de Admisión
3. Número de pacientes procedentes de primaria o de especializada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1047

1. TÍTULO

PROYECTO VIA RAPIDA DE ATENCION AL PACIENTE CON SOSPECHA DE PATOLOGIA DERMATOLOGICA POTENCIALMENTE GRAVE

a. Evaluación a través de la información que proporciona el Servicio de Admisión
4. Porcentaje de visitas no procedentes (no necesitaban la vía rápida)
a. Contabilización diaria de las visitas inadecuadas
5. Número de primeras visitas que requirieron biopsia cutánea.
a. Número de biopsias realizadas en la consulta de vía rápida
6. Número de melanomas diagnosticados
a. Contabilización diaria de aquellos pacientes diagnosticados de melanoma

DURACIÓN
Inicio: 1 de Julio de 2019 hasta 31 de Diciembre de 2019

OBSERVACIONES
Los solicitudes de atención por Vía rápida procedentes de Atención Primara serán primeramente valoradas ya sea a través de la IC virtual o en formato papel para aquellos Centros de Salud que todavía no se hayan incluido en el sistema virtual.

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 - 2019/0671

1. TÍTULO

APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE FÁRMACOS ANTITROMBÓTICOS EN UNIDADES DE ENDOSCOPIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA BADIA MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ SANTOS YOLANDA
FERNANDEZ DE LUCO LARUMBE PILAR
SILVA GONZALEZ CARLOS
GOMEZ GONZALEZ CRISTINA
RODERO ROLDAN MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2019 hemos actualizado el protocolo hospitalario para el manejo de los fármacos antitrombóticos en unidades de Endoscopia del Hospital General de la Defensa de Zaragoza (HGDZ).
Proximamante y tras la aprobación por la comisión de docencia se difundirá el protocolo a nivel hospitalario a través de la intranet del HGDZ y del SALUD.
Hemos creado una base de datos Excel con los pacientes en tratamiento antitrombótico que han sido sometidos a pruebas endoscópicas digestivas en la cual constan datos demográficos, tipo de antitrombóticos, indicación de los mismos, estratificación del riesgo hemorrágico y trombótico tras la retirada de los mismos, complicaciones tras la retirada y complicaciones hemorrágicas tras el procedimiento endoscópico relacionadas con la reintroducción del fármaco.
Aquellos pacientes en tratamiento antitrombótico a los que se les indica la realización de una endoscopia son remitidos a consulta de enfermería donde al mismo tiempo que son citados, se les explica la preparación de la prueba, en el caso de la colonoscopia, y se les indica el tiempo de retirada del fármaco y terapia puente necesaria siguiendo el algoritmo del el protocolo.
Al mismo tiempo se les proporciona un teléfono de contacto para todas las dudas que puedan surgir en horario de consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto de mejora finaliza en Mayo de 2020 por lo que la base de datos todavía debe completarse.
• Porcentaje de pacientes en tratamiento antitrombótico sometidos a procedimientos endoscópicos.
• Porcentaje de complicaciones por paciente derivadas de la retirada de los fármacos.
• Porcentaje de complicaciones por paciente derivadas de la reintroducción de los fármacos tras procedimiento endoscópico terapéutico.
• Medir la satisfacción del paciente con las indicaciones de manejo de los fármacos antitrombóticos en estas situaciones. (Encuesta)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La disfusión y aplicación de un proyecto para el manejo de farmaco antitrombóticos permite unificar criterios entre profesionales y minimizar los riegos de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1123

1. TÍTULO

PLAN DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON ASCITIS REFRACTARIA II

Fecha de entrada: 01/02/2020

2. RESPONSABLE ..... VANESA BERNAL MONTERDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ BONILLA EVA
FUENTES OLMO JAVIER
MEDRANO PEÑA JOAQUIN
RUIZ DE LA CUESTA ELISA
CASAS DEZA DIEGO
LAZARO RIOS MARIA
BAJADOR ANDREU EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el 2018 se elaboró un protocolo de paracentesis evacuadora, un consentimiento informado para paracentesis (pendiente de aprobación por la Comisión correspondiente), unas normas de actuación de enfermería durante el procedimiento y una hoja de registro de cada paciente con ascitis refractaria.
Durante el 2019, se ha diseñado el protocolo de derivación, indicación, procedimiento y seguimiento del TIPS (pendiente de presentación en la Comisión), se ha elaborado un registro informático con datos clave del paciente y posibles efectos adversos, y se ha elaborado un informe tipo para el médico de atención primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el 2018 se realizaron 127 paracentesis programadas en Hospital de Semana. Durante el 2019, con el inicio de implantación del Plan, se han realizado 75, es decir, se ha producido un descenso significativo de pacientes que precisan paracentesis a pesar de mantenerse estable el número de pacientes con hepatopatía crónica avanzada. Creemos que la evaluación sistematizada de los pacientes ha aumentado la indicación del TIPS y del trasplante hepático como alternativa de tratamiento. De hecho, en 2017 no se implantó ningún TIPS en nuestro hospital y entre el 2018 y 2019 se han implantado 18, la mayoría por ascitis refractaria. La tasas de complicaciones leves y graves se han mantenido por debajo del umbral marcado así como la Tasa de repermeabilización TIPS y la Tasa de modificación calibre TIPS: umbral 20%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración sistematizada de los pacientes con ascitis refractaria disminuye la variabilidad y aumenta las opciones de tratamiento. Queda pendiente la remisión a la Comisión pertinente de los documentos y la difusión e implantación definitiva del PLAN por parte de todos los facultativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1123 ========== ***

Nº de registro: 1123

Título
PLAN DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON ASCITIS REFRACTARIA II

Autores:
BERNAL MONTERDE VANESA, FERNANDEZ BONILLA EVA, FUENTES OLMO JAVIER, MEDRANO PEÑA JOAQUIN, BAJADOR ANDREU EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
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 - 2019/1123

1. TÍTULO

PLAN DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON ASCITIS REFRACTARIA II

La hepatopatía crónica es un proceso complejo que cursa con múltiples complicaciones, entre las cuales se encuentra el desarrollo de ascitis refractaria. Estos pacientes requieren ingresos repetidos para la realización de paracentesis evacuadoras con reposición de albúmina. Alternativamente, en algunos de ellos se indica la implantación de un TIPS (shunt intrahepático portosistémico). Su manejo precisa una perfecta coordinación con enfermería y radiología intervencionista, y seguimiento para prevenir complicaciones y ofrecer al paciente el mayor grado de confortabilidad. Por ello, en el 2018 se presentó un Acuerdo de Gestión para aumentar la calidad en este proceso asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención al paciente con ascitis refractaria:
1. Optimizar la atención para mejorar la seguridad y confort del paciente
2. Evitar la variabilidad
3. Protocolarizar la indicación y seguimiento del paciente sometido a TIPS
4. Evitar el consumo de recursos innecesarios como los ingresos inadecuados.
5. Disminuir la incidencia de complicaciones.

MÉTODO
Durante el 2018 se elaboro un protocolo de paracentesis evacuadora, un consentimiento informado para paracentesis, unas normas de actuación de enfermería durante el procedimiento y una hoja de registro de cada paciente con ascitis refractaria. Con el Acuerdo de Gestión del 2019 pretendemos completar las actividades pendientes como colgar en la intranet el consentimiento informado tras su aprobación por la comisión correspondiente, elaborar un registro informático con datos clave del paciente y posibles efectos adversos y elaborar un informe tipo para el médico de atención primaria.

INDICADORES
n pacientes sometidos a paracentesis al año
Nº de ingresos pacientes /año
nº de pacientes sometidos a TIPS al año
Tasa de complicaciones leves: umbral 5%
Tasa de complicaciones graves: umbral 1.5%
Tasa de repermeabilización TIPS: umbral 20%
Tasa de modificación calibre TIPS: umbral 20%
Evaluación mediante cuestionario de calidad de vida específico (CLDQ)

DURACIÓN
Elaboración registro informático: 1 mes
Elaboración informe médico de atención primaria: 1 mes
Puesta en marcha y segumiento del proyecto: 9 meses

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMÓN
CARMEN GARCES ESTHER
ACHA PEREZ JAVIER
NOYA CASTRO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Valoración estado nutricional. (Enfermeras Unidad de Nutrición)
Detección de pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE Y AP en la unidad de cirugía (DRE) o en riesgo de desarrollarla en cirugía

2.Abordaje terapéutico y de cuidados de enfermería a los pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad. (Endocrinos + Enfermeras Unidad de Nutrición)

3.Garantizar la continuidad de cuidados en aquellos pacientes que lo requieran (Enfermeras Unidad de Nutrición)

Para la realización de estas actividades, se realizó una revisión del proceso de nutrición clínica del sector ZII. Se llevó a cabo la implantación del cribado nutricional y valoración nutricional. Se definieron los criterios del abordaje terapéutico en los cuidados de enfermería a los pacientes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AP y AE. Para el control, seguimiento y cuidados de pacientes con sopòrte dietético y nutricional se elaboró el decumento: Programa de Aprendizaje de Nutrición Artificial Domiciliaria (PANA) y se ha realizado un pilotaje de la reevaluación nutricional por parte de un Centro de Salud del Sector.
Durante este año, se han realizado las acciones arrastradas del año 2018 en el que se inicia el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Porcentaje de pacientes en cirugía, en programa, a los que se realiza la valoración nutricional: 100%
Total, pacientes incluidos en programa……362 pacientes
Total, pacientes incluidos en programa con valoración nutricional ……362 pacientes

2. Porcentaje de pacientes de cirugía con nutrición enteral de reciente instauración que antes del alta realizan el programa PANA: 100%
Total, pacientes de cirugía con nutrición enteral domiciliaria de reciente instauración: 15
Total, de pacientes de cirugía con nutrición enteral domiciliaria de reciente instauración que antes del alta realizan el programa PANA: 15

3. Porcentaje de pacientes de cirugía incluidos en proyecto con nutrición parenteral domiciliaria de reciente instauración que antes del alta realizan el programa de aprendizaje PANA: 100%
Total, de pacientes de cirugía con nutrición parenteral domiciliaria de reciente instauración: 1
Total, de pacientes de cirugía con nutrición enteral domiciliaria de reciente instauración que antes del alta realizan el programa PANA: 1

4. Porcentaje de pacientes con nutrición artificial que al alta completan el programa de aprendizaje de manera satisfactoria. 100%
Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria de reciente instauración que realizan el programa de aprendizaje: 16
Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria de reciente instauración que al alta completan el programa de aprendizaje de manera satisfactoria: 16

5. Porcentaje de pacientes en cirugía con nutrición artificial de reciente instauración con informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria: 100%
Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria de reciente instauración: 16
Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria de reciente instauración con ICCE al alta: 16

6.Nº de pacientes en cirugía con nutrición artificial de reciente instauración por parte del servicio de endocrino en los que contactamos telefónicamente con Atención primaria: 100%
Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria de reciente instauración: 9
Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria en los que se contacta telefónicamente con Atención primaria: 9

7. nº de pacientes con riesgo moderado de presentar DRE, reevaluados en su centro de salud: 100%
Total, de pacientes con riesgo moderado de presentar DRE, reevaluados en su centro de salud: 2

8. Está definido el contenido de la consulta de nutrición

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Estos datos se han recogido de los registros de la Unidad de Nutrición, creados a tal efecto.
El dato de pacientes reevaluados en su centro de salud, ha sido solicitado al centro de salud en el que se ha realizado el pilotaje.
Se ha completado el proyecto de forma satisfactoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que el proyecto ha aportado valor a los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición, mejorando su abordaje temprano, desde ambos niveles asistenciales, para evitar otras complicaciones derivadas de una situación de desnutrición añadida a su patología.
La valoración del proyecto por parte de los profesionales de las unidades que forman parte del proceso de atención a este tipo de pacientes, es positiva.
Creemos conveniente realizar una evaluación del seguimiento desde los centros de salud, puesto que la escasa muestra obtenida desde el centro de salud pilotado no nos lo permite.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/131 ========== ***

Nº de registro: 0131

Título
PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Autores:
ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA, PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, CARMEN GARCES MARIA ESTHER, ACHA PEREZ JAVIER, NOYA CASTRO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
La Nutrición y Dietética constituye el 1ªpaso en el tratamiento médico de todo pcte, por lo que se requiere una colaboración estrecha con todos los ámbitos sanitarios.
La desnutrición está presente en todos los ámbitos asistenciales, variando su prevalencia según el método empleado para su detección. Afecta al 60% de personas ingresadas en instituciones; al 40% de pacientes hospitalizados; y alrededor del 5% de la población general.
En el estudio PREDYCES7, se evidenció una alta prevalencia de desnutrición al ingreso (23,7%), así como una desnutrición durante el ingreso de un 9,6% de los pacientes que presentaron un buen estado nutricional inicial.
Dentro de este marco conceptual, definimos este proyecto para trabajar en los próximos tres años, ya que creemos importante mejorar la asistencia nutricional en nuestro sector, no sólo desde el punto de vista de la salud de nuestros pacientes, sino también para disminuir estancias medias y gastos indebidos, así como favorecer la continuidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
General:
Garantizar el soporte dietético y nutricional adecuado y costo-efectivo a la población adulta dependiente SZ II que lo requiera.

Específicos:
Identificar pctes que requieran soporte dietético y nutricional
Asegurar el suministro efectivo y manejo nutricional de pctes
Proporcionar el adecuado aporte dietético nutricional.
Educar en la identificación y manejo de problemas nutricionales
Planificar la nutrición domiciliaria al alta.
Mejorar la continuidad asistencial en el SZII

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

MÉTODO
Actualización del p. nutrición clínica y dietética del SZII

Detección de pctes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE y AP (enfermera)

AE:
- Cribado Nutricional:
Implantación del cribado en las unidades de M.interna del HUMS (10 y 11 HG) y en planta 6º del HQ para el paciente incluido en el p. de cadera.

-Valoración del estado nutricional de los pctes ingresados subsidiarios o no, de recibir una intervención nutricional,así como de los pacientes con cribado nutricional +

AP:
- Seguimiento del pcte que presenta riesgo moderado de desnutrición en su centro de AP
Se pilotará, en un centro de salud del SZII,
Seguimiento del estado Nutricional en aquellos pacientes que
al alta de MI y P. de cadera
presenten riesgo moderado de DRE

Abordaje terapéutico - cuidados de enfermería a los pctes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE/AP

Control, seguimiento y cuidados de pctes con soporte dietético y nutricional AE

Gestión de accesos para la administración de n.artificial (venosos y digestivos) AE

Valoración nutricional previa al alta según criterios establecidos.

Educación sanitaria:
Nutricional y de Manejo de dispositivos para la administración de n. artificial, previa al alta hospitalaria y domiciliaria AE/AP

Seguimiento del estado nutricional alta AE /AP

Garantizar la continuidad de cuidados (enfermera)

Implantar consulta de enfermería de educación nutricional en AE

Revisión de las dietas codificadas en el HUMS

Mejorar el manejo y control del gestor de dietas

INDICADORES
% pctes con cribado nutricional en las 72 primeras h de ingreso en lunidades de M.I y P. de cadera (enfermera) - 90%

% pctes de M.I y P de cadera con (MUST > 2), a los que se le realiza la valoración nutricional (enfermera) – 95%

% pctes con n. artificial (enteral parenteral) de reciente instauración x endocrino/nutrición que antes del alta hospitalaria, realizan el programa de aprendizaje (enfermera)- > 95%

% pctes con n. artificial de reciente instauración por endocrino/ nutrición, que completa al alta el programa de aprendizaje satisfactoriamente- 98%

% pctes, del p de cadera, con DRE o en riesgo de padecerla, a los que se les da la hoja con recomendaciones al alta > 95%

% pctes de MI y P de cadera, con n artificial de reciente instauración por endocrino y nutrición con informe de continuidad de cuidado enfermero al alta > 95%

Nº pctes con n artificial de reciente instauración por endocrino y nutrición en los que contactamos con la coordinadora/ enfermera de AP - 90%

% pctes, del centro de salud a pilotar, que al alta hospitalaria de M.I y de p. de cadera tienen un riesgo moderado de presentar DRE y son reevaluados en su centro de salud. (AE/ AP enfermera) >35%

% de dietas codificadas en el HUMS actualizadas – 85%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Formación gestor de dietas – 2 sesiones

DURACIÓN
Marzo- junio 2018:
1.Revisión del proceso
2.Elaboración del programa aprendizaje
3.Cribado nutricional + valoración nutricional s/p
4. Informe de continuidad de cuidados
Septiembre- Diciembre 2018
1. Pilotaje centro de salud reevaluación nutricional
2. Actualización dietas codificadas
3. Formacion gestor dieta

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 - 2019/0030

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LOURDES LAHUERTA LORENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANZUELA VALERO MANUELA
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER
CANTIN BLAZQUEZ SONIA
MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD
ASENSIO AROSTEGUI ROSA
MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL

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

Se ha hablado con todos los Servicios Quirúrgicos para adecuar la cartera de servicios, se ha procedido a codificar con CIE 10 todos los procedimientos, se han evaluado guías y protocolos para mejorar el funcionamiento de la Unidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Porcentaje de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso 100%

Porcentaje de guías, vías, protocolos actualizados (Nº de guías, vías y protocolos actualizados/ Nº de guías, vías y protocolos vigentes a 1/1/2019). 100 %
Se ha actualizado el Protocolo de prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso y el de Valoración anestésica preoperatoria en CSI.
Mejorar el Rendimiento quirúrgico (suma de tiempo del paciente en quirófano durante las horas programadas (entrada y salida de quirófano)/número total de horas programadas. Estándar: 56.7%

Aumentar el índice de sustitución (Nº procedimientos realizados en UCSI/ Nº procedimientos susceptibles de realizarse en UCSI) de los siguientes procedimientos:
- -. Artroscopia de rodilla: 6%
- -. Hallux valgus : 3.3%
- -. Hernioplastia: 46%
- -. Fisurectomia anal: 75% y hemorroidectomía 28%

La fuente donde se han obtenido los datos es el registro de la Unidad, Servicio de Admisión y Servicio de información del Hospital.
Se han alcanzado toda los objetivos salvo el de aumentar el indice de sustitución de estos procedimientos, la causa ha sido la suspensión de la actividad de tarde durante el año pasado, estos procedimientos se realizan en este horario.
También ha influido que ha habido un elevado número de concertación externa de estos procedimientos, quedando en el hospital los casos complejos que no pueden realizarse en cirugía sin ingreso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Destaco la colaboración de todos los Servicios para poder mejorar la calidad y el rendimiento de los procedimientos realizados en esta Unidad, queda pendiente el aumentar el indice de sustitución para los procedimientos seleccionados y añadir algún procedimiento más del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Ahora el proyecto tiene que seguir trabajando en aplicación y actualización de los protocolos realizados

7. OBSERVACIONES.

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

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

1. TÍTULO

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

Nº de registro: 0030

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

DURACIÓN
Duración prevista es de 12 meses:

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

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 - 2019/0863

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MANUELA LANZUELA VALERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN GARCES ESTHER
ANTON TORRES ANTONIO
RELLO VARAS LUIS
ABENIA USON PILAR
TAJADA DUASO MAURICIO CAYO
VICENTE GOMEZ ISABEL
PASCUAL ALIENDE MARIA LORETO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entre abril y mayo de 2019, se realizaron visitas y reuniones para la recogida de información sobre la situación y circuitos existentes, tanto en el campo del Consejo Genético Prenatal como en el Oncológico.
En el Consejo Genético Prenatal se ha consolidado la actuación conjunta de todas las partes implicadas, con la creación de un informe conjunto de todas las especialidades (Obstetricia, Genética y Pediatría), además de una consulta conjunta. Se ha incorporado una matrona, con agenda específica para el seguimiento de los casos. Ello ha permitido disminuir la variabilidad en la indicación del análisis genético.
Para la realización del análisis genético, se llegó al acuerdo entre los servicios de Obstetricia y Genética de entregar a las mujeres candidatas al mismo, el documento de Consentimiento Informado en la consulta de Obstetricia. Dicho documento fue consensuado entre ambas partes. Esto evita una visita añadida de las mujeres al hospital antes de la realización de dicho análisis, y evita también que los facultativos de Genética tengan que visitar a la mujer antes del análisis.
En el Consejo Genético Oncológico, se han celebrado varias reuniones de trabajo para ir ordenando las puertas de entrada. Se está trabajando en la realización de un documento de información a Atención Primaria y a Admisión para la unificación de criterios de derivación y el circuito apropiado para ello. Además, se realizaron varias sesiones quirúrgicas en el primer semestre de 2019 para poder realizar la cirugía profiláctica a aquellas mujeres que más tiempo llevaban pendiente de dicha intervención.
En paralelo, se están analizando las determinaciones realizadas en el Servicio de Genética y las derivadas a centros externos para ver posibilidades de reordenamiento y adecuación de las indicaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el Consejo Genético Prenatal, gracias a la consolidación de la actividad multidisciplinar, tanto en el aspecto de la consulta como en el del informe clínico, prácticamente todas las mujeres gestantes candidatas a dicha valoración conjunta son vistas de esta manera. Además, el hecho de contar con una matrona pendiente de los casos, hace que la mujer gestante susceptible de ello tenga una referencia única que está pendiente de las actuaciones a realizar.
En el Consejo Genético Oncológico, dada la creciente complejidad del mismo, estamos todavía en fase de ordenación, no habiendo sido posible alcanzar todos los objetivos previstos para este primer año. Se ha conseguido alinear a todos los actores implicados y se han iniciado varias líneas de trabajo fundamentales para organizar tanto las puertas de entrada en el sistema como la indicación de realización del análisis, lo que permitirá acercarnos a los objetivos previstos en este próximo año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el Consejo Genético Prenatal, la trayectoria conjunta previa de varios de los especialistas ha permitido que la colaboración multidisciplinar haya fluido de forma natural y se extienda al resto de implicados. Está pendiente la creación del espacio “físico” de la consulta conjunta para la mejora de la funcionalidad.
Asimismo, y por distintos motivos, está pendiente de retomar la actividad quirúrgica adecuada para la realización de las cirugías profilácticas que van apareciendo. Hay que tener en cuenta la dificultad que entraña la complejidad técnica de estas intervenciones: en la mayoría de los casos se debe realizar una doble mastectomía con reconstrucción inmediata y una ooforectomía en el mismo acto. Esto supone que son tiempos quirúrgicos largos y que requieren la colaboración de varias especialidades, lo que origina problemas para su programación ante la aparición de patologías urgentes y/o graves como tumores, etc.
En el Consejo Genético Oncológico, se han dado los primeros pasos para concienciar a todos los implicados, aunque queda pendiente la terminación e implantación de los circuitos adecuados para cumplir objetivos. Además, se está pendiente de destinar una enfermera a la gestión de los casos, lo que redundará en un mejor aprovechamiento de los recursos y sobre todo en una mejor atención a los pacientes y sus familias.
Asimismo, está pendiente en las próximas semanas retomar la actividad quirúrgica adecuada para la realización de las cirugías profilácticas que van apareciendo. Hay que tener en cuenta la dificultad que entraña la complejidad técnica de estas intervenciones: en la mayoría de los casos se debe realizar una doble mastectomía con reconstrucción inmediata y una ooforectomía en el mismo acto. Esto supone que son tiempos quirúrgicos largos y que requieren la colaboración de varias especialidades, lo que origina problemas para su programación ante la aparición de patologías urgentes y/o graves como tumores, etc.

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

1. TÍTULO

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0863

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
La Ley de Investigación Biomédica define el Consejo genético como el procedimiento destinado a informar a una persona sobre las posibles consecuencias para él o su descendencia de los resultados de un análisis o cribado genéticos y sus ventajas y riesgos y, en su caso, para asesorarla en relación con las posibles alternativas derivadas del análisis. Tiene lugar tanto antes como después de una prueba o cribados genéticos e incluso en ausencia de los mismos.
El Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina proclamó en su artículo 12: Sólo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad, o detectar una predisposición o una susceptibilidad genética a una enfermedad, con fines médicos o de investigación médica y con un asesoramiento genético apropiado. Este asesoramiento genético, que se da no solo en diagnóstico prenatal sino también en otras disciplinas, como la Oncología es un proceso y no un acto médico aislado.
Por ello y dada la trascendencia clínica y de necesidad de recursos, además en un medio en constante actualización y de aparición de informaciones nuevas con mayor o menor trascendencia clínica, es necesario ordenar de forma reglada los distintos actos que conducirán al asesoramiento genético para que la asistencia se produzca de la forma más correcta posible.

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

MÉTODO
Reordenación de circuitos en consejo Genético Oncológico y Prenatal.
Análisis/Organización de los circuitos de los pacientes dentro del proceso del Consejo Genético Oncológico:
Ubicación en consultas con agenda específica médica y de enfermería, fuera del Proceso de Cáncer de Mama.
Toma de decisiones/actualización-elaboración de protocolos multidisciplinares consensuados.
¿Quién hace el Consejo Genético?
¿A quién se le pide el Análisis Genético?
¿Plazos máximos de realización del análisis?
Análisis/Organización de los circuitos de los pacientes dentro del proceso del Consejo Genético Prenatal:

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

1. TÍTULO

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

Protocolos de actuación conjuntos entre Obstetricia, Genética y Pediatría.
¿Quién da la información previa?
¿Quién y donde da la información del resultado?
Consultas conjuntas con los tres especialistas para mejorar la toma de decisiones.
Laboratorio: reorganización de las consultas.
Priorización en el análisis.
Ordenación/derivaciones a laboratorios externos…

INDICADORES
Nº protocolos revisados/actualizados/elaborados en cada disciplina. =2
% de pacientes/familias a los que se les hace el consejo genético oncológico en =3 meses = 40%
% pacientes oncológicos y familiares susceptibles a los que se realiza análisis genético en <6 meses análisis genético en <6 meses =30%
% pacientes susceptibles que se incluyen en seguimiento apropiado =80%
% de pacientes susceptibles a los que se realiza tratamiento profiláctico en plazo <9 meses =80%
% mujeres gestantes susceptibles de ello vistas en consulta multidisciplinar =80%
Definición de cartera de servicios de la agenda específica de Enfermería en Consejo Genético Oncológico. 100 %
Definición de los estándares de actividad de la Consulta de Enfermería. 100 %

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD SAZATORNIL REYES
NOYA CASTRO CARMEN
LARRODE LECIÑENA ITZIAR
GRACIA CASADO GEMA LUCIA
REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL
VINUES SALAS CARLOTA
CASAJUS NAVASAL ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Actualización e implementación del protocolo “Almacenamiento y conservación de los medicamentos en las unidades de enfermería del Hospital Universitario Miguel Servet”.
-Normalización los botiquines de farmacia, en las unidades de cuidados teniendo en cuenta la estructura existente, siguiendo criterios de seguridad.
- Actualización el stock de medicamentos en las unidades de cuidados de enfermería.
- Implantación del circuito de petición, reposición, devolución y custodia de todos los medicamentos (incluidos estupefacientes) de los botiquines de farmacia y de los armarios de dispensación automática.
- Evaluación de la disminución en las devoluciones y las peticiones urgentes, desde las unidades de cuidados de enfermería al servicio de farmacia.
- Elaboración del listado de fármacos peligrosos más habituales en las unidades de hospitalización.
- Realización de formación específica, que refuercen los conocimientos para un correcto manejo de fármacos en las unidades de cuidados de enfermería de hospitalización

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2019 se ha comenzado con la implementación de diferentes líneas establecidas en el protocolo almacenamiento y conservación de medicamentos en el 100% las unidades de enfermería del HUMS.
En relación a la actualización del stock de botiquines, en la actualidad del total de botiquines 30 de ellos se han revisado y actualizado, si así se ha considerado, lo que supone un 66%.
En el 100% de las unidades se ha puesto en marcha el nuevo circuito de petición, reposición y devolución de medicamentos a farmacia lo que ha conllevado una disminución en el número de peticiones/ devoluciones urgentes.
Si comparamos devoluciones/ peticiones realizadas en el periodo septiembre – noviembre de 2018 / 2019:
N.º de devoluciones hechas desde las unidades de hospitalización al servicio de farmacia:
Septiembre – noviembre 2018: 49619 unidades devueltas
Septiembre – noviembre 2019: 28 221 unidades devueltas
La implantación del nuevo circuito ha supuesto una disminución en las unidades que se han devuelto al servicio de farmacia de 21398 unidades en los meses de septiembre y noviembre, lo que supone un 43% menos
N.º de peticiones urgentes realizadas desde las unidades de hospitalización al servicio de farmacia
Septiembre – noviembre 2018: 118020 unidades solicitadas vía urgente
Septiembre – noviembre 2019: 108.882 unidades solicitadas vía urgente
La implantación del nuevo circuito ha supuesto una disminución de 9138 unidades de medicamentos que se han pedido de forma urgente al servicio de farmacia entre los meses de septiembre y noviembre, lo que ha supuesto un 7,7% menos.
En relación a la solicitud, recepción y custodia de estupefacientes está implantado en 14 de los botiquines de hospitalización en los que existen armarios de dispensación automática, lo que supone el 31% de los botiquines de hospitalización. Así mismo se ha implantado el circuito en las unidades de gran consumo de estupefacientes como es: Bloque quirúrgico del multifuncional, paritorios y bloque quirúrgico del HMI.
Pendiente de poner en marcha en la unidad de pruebas funcionales.
Durante el año 2019 se han llevado a cabo las dos ediciones del curso manejo seguro de fármacos en las unidades de enfermería del HUMS que se han programado.
Sobre la normalización de botiquines siguiendo criterios de seguridad no se ha iniciado su implementación
Sobre la línea de fármacos peligrosos, se ha diseñado la documentación / poster a implantar en las unidades de enfermería y la formación especifica a dar en ellas. Se ha comenzado en el mes de diciembre en las unidades de cuidados intensivos.
Durante el año 2019 se ha puesto en marcha sistemas de dispensación automática en la unidad de urología y tipo unidosis en la unidad de oncología médica. En enero de 2020 se implanta en la unidad de cirugía torácica/ otorrino y maxilofacial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesario avanzar en la puesta en marcha de sistemas de dispensación tipo carros de unidosis en las unidades de enfermería en la que no existe. Esto supone tener que hacer una cierta inversión en el servicio

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

1. TÍTULO

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

de farmacia para completar su implantación total en el hospital.
El proyecto se debe continuar durante los próximos años hasta completar el proyecto completamente en todo el hospital.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0957

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
El personal de enfermería de las unidades de hospitalización conjuntamente con los farmacéuticos, tienen un papel fundamental en la prevención de errores relacionados con el manejo de fármacos, errores, que afectan a la eficacia de los mismos, lo que puede significar un riesgo elevado para la salud de los pacientes, además de un importante impacto económico
Tras la elaboración de un mapa de riesgos en el manejo de fármacos llevado a cabo en las unidades de cuidados del HUMS y las evaluaciones que se realizan periódicamente desde el servicio de farmacia, se han detectado problemas a lo largo de la cadena terapéutica del medicamento, lo que requiere la puesta en marcha de medidas correctivas y preventivas para evitar potenciales daños a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
.Garantizar la organización, mantenimiento y condiciones ambientales adecuadas, del stock de medicamentos depositados en los botiquines de farmacia, neveras y armarios de dispensación automática, con criterios de seguridad, evitando así caducidades y devoluciones innecesarias.
.Mejorar el proceso de reposición de la medicación en las unidades de enfermería optimizando el proceso de reposición de stock, disminuyendo el número de pedidos urgentes.
.Identificar los medicamentos de alto riesgo, para el paciente, de cada unidad de hospitalización, y establecer recomendaciones para su uso seguro.
.Asegurar que la manipulación de medicamentos peligrosos en las unidades de hospitalización es la correcta, evitando riesgos para la salud de los profesionales que los manejan.
.Mejorar la custodia y dispensación controlada de estupefacientes y psicótropos en las unidades de cuidados de enfermería.

MÉTODO
.Actualizar e implementar el protocolo “Almacenamiento y conservación de los medicamentos en las unidades de enfermería del Hospital Universitario Miguel Servet”.
.Normalizar los botiquines de farmacia, en las unidades de cuidados teniendo en cuenta la estructura existente, siguiendo criterios de seguridad (45 botiquines)
.Actualizar el stock de medicamentos en las unidades de cuidados de enfermería.
.Mejorar el circuito de petición, reposición, devolución y custodia de todos los medicamentos(incluidos estupefacientes) de los botiquines de farmacia y de los armarios de dispensación automática.

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

1. TÍTULO

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

.Establecer medidas específicas que conlleven una disminución en las devoluciones y las peticiones urgentes, desde las unidades de cuidados de enfermería al servicio de farmacia.
.Realizar formación específica, que refuercen los conocimientos para un correcto manejo de fármacos en las unidades de cuidados de enfermería de hospitalización
.Elaborar listado de fármacos peligrosos más habituales en las unidades de cuidados de enfermería de hospitalización.
.Informar y formar sobre los riesgos asociados a los mismos y tomar las medidas necesarias para evitar riesgos para la salud de los profesionales que los manipulan.

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

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

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

DURACIÓN
Actualización del protocolo “Almacenamiento y conservación de los medicamentos”. Febrero 2019
Comunicar proyecto Abril – Mayo 2019
Implantar el protocolo año 2019
Normalizar botiquines en hospitalización. Año 201
Implantar el circuito de petición, reposición y devolución de medicamentos Durante 2019
Implantar circuito de solicitud, recepción y custodia de estupefacientes Durante 2019
Elaboración del listado de fármacos peligrosos más habituales en las unidades de hospitalización febrero 2019
Evaluación del número de devoluciones y solicitudes urgentes de medicamentos realizadas, comparando los años 2018 -2019 Diciembre 2019
Comunicar resultados- Diciembre 2019

Todas las actividades se realizaran por los integrantes del proyecto

OBSERVACIONES

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 - 2019/0198

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE LA TIROTOXICOSIS INDUCIDA POR AMIODARONA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA DE DIEGO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRINCADO AZNAR PABLO
ACHA PEREZ JAVIER
MARTINEZ GARCIA MARIA
LOPEZ ALAMINOS MARIA ELENA
GONZALEZ FERNANDEZ MIKEL
ALVARADO ROSAS ALMENDRA
ALVAREZ RUIZ SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este año se han valorado a 31 pacientes en tratamiento con Amiodarona por fibrilación auricular e hipertiroidismo detectado durante el ingreso hospitalario y consultados con nuestro servicio por este motivo. Se ha determinado que la prevalencia de tiroditis por Amiodarona tipo 1 (TIA 1) es del 13% (4 pacientes) mientras que la prevalencia de tiroditis por Amiodarona tipo 2 (TIA 2) es del 87% (27 pacientes). La TIA 1 se ha diagnosticado por la presencia de patología tiroidea de base en 2 casos (bocio multinodular y nódulo tiroideo tóxico) y los otros 2 casos por presencia de Inmunoglobulinas estimulantes de tiroides y antecedentes familiares de patología tiroidea.
Se ha establecido un protocolo diagnóstico-terapéutico consistente en inicio de tratamiento combinado con Prednisona 40 mg y Tiamazol 10-30 mg al día, valorando la respuesta a los 7-14 días y a las 2-4 semanas posteriormente y se compara la respuesta terapéutica con los resultados obtenidos en las pruebas complementarias solicitadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha confirmado que los pacientes con pruebas complementarias sugestivas de TIA 2: autoinmunidad negativa, ausencia de antecedentes de patología tiroidea, gammagrafía tiroidea con captación ausente o disminuida, ecografía tiroidea sin hallazgos y con vascularización disminuida en el estudio Doppler responden de forma más rápida al tratamiento farmacológico con corticoide, mientras que los pacientes con patologia tiroidea de base y tratamiento con Amiodarona tienen una respuesta inicial lenta lo que hace suponer ausencia de respuesta al tratamiento corticoideo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con estos resultados, podemos confirmar que la tiroditis por Amiodarona es una patología frecuente y la prevalencia de TIA 2 es mucho mayor que la TIA 1. La respuesta rápida al tratamiento esteroideo ayuda a diferenciar entre ambos tipos de TIA así como la hipovascularización en la ecografia-doppler. La gammagrafia tiroidea no es de utilidad porque existe hipocaptación en el 100% de los casos dado el antecedente de exposición previa a altas dosis de yodo. Ha quedado pendiente la realización de la gammagrafía con Tc99m sestaMIBI en estos pacientes, al estar fuera de indicación y precisar de dotación económica para su realización, pero sería interesante llevarlo a cabo en posteriores proyectos para comparar los resultados en la captación con los resultados obtenidos en el resto de pruebas complementarias así como la respuesta al tratamiento inicial, para conocer su utilidad como método de diagnóstico diferencial entre ambos tipos de TIA.
Por lo tanto, hemos podido establecer un protocolo de inicio de tratamiento combinado con prednisona y tiamazol y a las 2 semanas se puede individualizar el tratamiento pudiendo retirar el tratamiento con tionamidas o corticoides y así evitar tratamiento prolongados y con altas dosis de estos fármacos en los casos en los que no sea necesario.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/198 ========== ***

Nº de registro: 0198

Título
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA TIROTOXICOSIS INDUCIDA POR AMIODARONA

Autores:
DE DIEGO GARCIA PATRICIA, TRINCADO AZNAR PABLO, ACHA PEREZ JAVIER, MARTINEZ GARCIA MARIA, LOPEZ ALAMINOS MARIA ELENA, GONZALEZ FERNANDEZ MIKEL, ALVARADO ROSAS ALMENDRA, ALVAREZ RUIZ SOLEDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0198

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE LA TIROTOXICOSIS INDUCIDA POR AMIODARONA

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
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Debido al frecuente uso de la amiodarona en nuestro medio, se ha detectado un importante porcentaje de alteraciones tiroideas secundarias a dicho tratamiento evaluadas en las interconsultas hospitalarias y consultas ambulatorias de endocrinología.
La amiodarona es un potente antiarrítmico cuya dosis terapéutica supone un aporte excesivo de yodo para el paciente, ocasionando disfunción tiroidea en aproximadamente el 18% de los casos. La tirotoxicosis inducida por amiodarona (TIA), con una incidencia del 10%, en más prevalente en áreas deficitarias de yodo y existen dos cuadros clínicos diferentes: La TIA-1 se suele desarrollar en sujetos con enfermedades tiroideas de base y está causada por efecto Jod-Basedow (por sobrecarga de yodo)mientras que la TIA-2 ocurre en pacientes sin enfermedad tiroidea de base y es consecuencia de una tiroiditis destructiva inducida por el fármaco. Así mismo, existen formas mixtas que comparten características de ambas. El diagnóstico diferencial entre las distintas formas de TIA es importante ya que el tratamiento es completamente distinto: la TIA-1 se trata preferiblemente con tionamidas y la TIA-2 con corticoides; en los casos de causa indeterminada se puede realizar tratamiento combinado.
El diagnóstico diferencial se puede hacer con gammagrafía tiroidea con Tecnecio, anticuerpos antitiroideos, la existencia de bocio y la ecografía doppler, pero ninguno de los métodos disponibles discrimina con certeza entre ambos tipos de TIA, siendo necesaria una combinación de métodos diagnósticos para lograr diferenciar un tipo de otro, y a pesar de ello sigue sin conseguirse en un gran porcentaje de casos. Recientemente se ha comenzado a hablar del uso de la gammagrafía con sestaMIBI, cuya captación es normal o aumentada en la TIA-1 y ausente en la TIA-2.

• Estudios recientes realizados para diferenciar ambos tipos de TIA, proponen un protocolo terapéutico y diagnóstico basado en iniciar tratamiento mixto con prednisona y tionamidas valorando la respuesta periódicamente y según ésta, establecer un diagnóstico diferencial y continuar con el tratamiento más apropiado en cada caso.
• La ecografía doppler parece ser una de las mejores técnicas para diferenciar entre ambos tipos de TIA. La ausencia de vascularización del parénquima tiroideo correspondería a los casos de TIA-2 y por lo tanto a aquellos pacientes que responder a tratamiento corticoideo de forma precoz.
• La gammagrafía con tc99m-sestaMIBI parece ser una prueba fácil y altamente efectiva para diferenciar ambos tipos de TIA: la captación difusa es sugestiva de hiperfunción tisular en pacientes con TIA-1 y ausencia de captación en pacientes con TIA-2. Por lo que esta prueba incrementaría la precisión diagnóstica permitiendo un tratamiento adecuado para cada paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
• Incrementar la precisión diagnóstica en la tirotoxicosis inducida por amiodarona.
• Valorar la eficacia de un protocolo diagnóstico-terapéutico en pacientes con TIA.
• Valorar la correlación de los resultados de la ecografía doppler y la gammagrafía con Tc99m sestaMIBI con el resto de pruebas complementarias habituales: anticuerpos antitiroideos y gammagrafía tiroidea.
• Evitar tratamiento innecesarios con corticoides o tionamidas.

MÉTODO
• Establecer un protocolo diagnóstico para los casos de TIA consultados al servicio de Endocrinología y Nutrición mediante interconsulta hospitalaria.
• Establecer un protocolo de terapia combinada para la TIA de etiología indeterminada.
• Monitorización de función tiroidea a las 2 semanas y posteriormente cada 4 semanas por parte del servicio de Endocrinología y Nutrición durante el ingreso o de forma ambulatoria según cada caso.

INDICADORES
• Valorar la prevalencia de TIA-1 y TIA-2.
• Correlacionar los resultados de las distintas pruebas complementarias utilizadas en el diagnóstico diferencial de la TIA
• Valorar la ecografía doppler como método de diagnóstico diferencial entre ambos tipos de TIA.
• Valorar la gammagrafía con Tc99m sestaMIBI como método de diagnóstico diferencial entre ambos tipos de TIA.
• Poner en marcha el protocolo diagnóstico y terpéutico
• Valorar porcentaje de pacientes en los que se ha podido establecer un diagnóstico diferencial y en los que se ha podido individualizar tratamiento.

DURACIÓN
Se considera que la duración será de 1 año. Constará de una primera consulta donde se inicia tratamiento y se solicitan las pruebas complementarias y segunda (2º semana) y sucesivas visitas (cada 4 semana) para valorar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0198

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE LA TIROTOXICOSIS INDUCIDA POR AMIODARONA

resultados, evolución y ajuste de tratamiento en cada caso.

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 - 2019/0417

1. TÍTULO

TRATAMIENTO NUTRICIONAL PERIOPERATORIO EN CIRUGIA BARIATRICA

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO SANZ PARIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE DIEGO GARCIA PATRICIA
GRACIA RUIZ MARIA LUISA
ZAPATA ADIEGO CONCEPCION
LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO
BIMBELA SERRANO MARIA TERESA
GARCIA NAVALON PILAR
CASAMAYOR FRANCO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Dieta preoperatoria
Anteriormente a este proyecto, los pacientes con obesidad mórbida eran seguidos en consulta de endocrinología bariatrica. Cuando se iban a intervenir, seguían su dieta habitual y no se les realizaba dieta muy hipocalórica pre-cirugía.
Con este proyecto se ha abierto una consulta de nutrición en Consultas Externas del Hospital Miguel Servet dependiente del Servicio de Endocrinología y Nutrición denominada “GNUPREOB” con agenda propia. Atiende sin demora los miércoles a los pacientes con obesidad mórbida que van a ser intervenidos de cirugía bariátrica. En ella, se realiza encuesta dietética, antropometría e impedancia, así como control de las pruebas diagnósticas pedidas por cirugía. Además se indica una dieta muy baja en calorías (800 Kcal/día) que el paciente debe seguir dos meses antes de la cirugía. Se ha editado dicha dieta específica para estos pacientes. Con esto se ha logrado descargar a la consulta de endocrinología bariátrica de unas citaciones que se consideraban urgentes porque deben realizarse con gran agilidad dada la necesidad de coordinar las múltiples pruebas preoperatorias y la disponibilidad de quirófanos.
Actividades nuevas: consulta de alta resolución GNUPREOB y diseño de una dieta hiperprotéica muy hipocalórica
2-Recomendaciones dietéticas tras la cirugía bariatrica.
Anteriormente a este proyecto, a los 5 días post-cirugía requerían una consulta urgente en endocrinología bariátrica para instaurar una dieta postcirugía con los problemas de tiempo y citaciones lógicas. Esto generaba más consultas de seguimiento porque no se podía explicar todas las fases de la dieta postcirugía. Se explicaba la dieta líquida y la semisólida para citarles en un mes. En la siguiente consulta se explicaba la dieta blanda y se citaba para dos meses para ya la dieta definitiva.
En la actualidad, durante el ingreso hospitalario por su intervención quirúrgica, el personal de enfermería de la Unidad de Nutrición y Dietética realiza educación nutricional de estos pacientes y les explica las recomendaciones dietéticas que se han redactado a este fin. Consisten en una la dieta líquida los primeros 15 días, luego semisólida 40 días y luego blanda 60 días. Además, el endocrinólogo revisa el tratamiento farmacológico del paciente, porque suelen requerir la suspensión del tratamiento hipotensor e hipoglucemiante. Se le cita para la consulta de endocrinología en 2 meses y se le facilita petición de analítica previa a esta revisión de los dos meses. Con esta actividad se han reducido las consultas postcirugía.
Actividad: Educación nutricional, Edición dieta progresiva, ajuste de tratamiento farmacológico inmediato, continuidad de cuidados al alta hospitalaria.
3-Tras el alta tras cirugía bariatrica, se están alternando las consultas de revisión entre las consultas de cirugía a los 20 días de la intervención y la de endocrinología a los 2 meses (cuando finalizan las recomendaciones dietéticas dadas durante el ingreso hospitalario).
Actividad: coordinación entre las consultas de cirugía bariátrica y endocrinología bariatrica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha intervenido 73 pacientes en 2018 y 54 pacientes en 2019.

1-Porcentaje de pacientes de cirugía bariátrica que entran en el programa= 100%. (se comparan los pacientes del registro de cirugía bariátrica con el de la Consulta de Nutrición Precirugía Bariátrica) (Standard >90%).
2-Porcentaje de pacientes que pierden un 10% del peso corporal antes de la intervención quirúrgica (se revisan el peso de la consulta preoperatoria y al ingreso hospitalario para la ingervención quirúrgica.
De los 54 pacientes totales, 51 pacientes pierden >10% (94.4%) (Standard >65%). Los tres que no pierden peso, la razón es porque no han seguido la dieta.
Solo 14 de los 54 pacientes se les vuelve a valorar en consulta GNUPREOB antes de la cirugía. El motivo de esta falta de seguimiento es que se les avisa para ingresar y operar con solo una semana de antelación y sin una previsión. Con los datos de estos 14 pacientes se ha realizado una valoración de la variación en su composición corporal: La pérdida de grasa fue proporcional en tronco (-2.07+2.7), piernas (-2.21+1.79) y brazos (-2.33+1.9), así como lado izquierdo y derecho. Pero la pérdida de masa muscular fue significativamente menor en brazos (-0.27+0.22) que en piernas (-1.07+1.48) (p: 0.001) y tronco (-1.6+1.59) (p: 0.004) sin diferencias entre el dominante y el no-dominante. La pérdida en piernas (-1.07+1.48) fue menor que en tronco (-1.6+1.59) pero sin llegar a ser significativa. La conclusión: En pacientes con movilidad reducida, una dieta muy hipocalórica produce pérdida de masa muscular en tronco y piernas pero muy poco en brazos. Posiblemente será la parte del cuerpo que muevan mejor. Estos datos serían de utilidad para incentivar el ejercicio físico con la dieta hipocalórica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0417

1. TÍTULO

TRATAMIENTO NUTRICIONAL PERIOPERATORIO EN CIRUGIA BARIATRICA

3-Reingreso hospitalario por complicaciones en la dieta de pacientes tras cirugía bariátrica (se revisarán los datos de los ingresos hositalarios en la historia clinica electrónica) (indicador<10%)
De los 54 pacientes totales han ingresado 4 pacientes (7.4%) por dolor epigástrico, que ha cedido con dieta absoluta y sin complicaciones (descartadas con Rx baritada). Al alta se ha realizado revisión de la progresión de la consistencia de la dieta y consistencia de los fármacos que tomaban. En estos casos los pacientes aceleraron la progresión de la consistencia de la dieta y tomaban metformina (comprimidos muy grandes).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1-Las revisiones en la consulta GNUPREOB la realizamos ahora a demanda (todos los miércoles) porque no se puede planificar la disponibilidad de quirófanos.
2-La progresividad de la consistencia de la dieta postquirúrgica la hemos enlentecido una semana más y se revisa la consistencia de medicación al alta.

7. OBSERVACIONES.
La mayoría de los pacientes eran hipertensos y diabéticos. El tratamiento farmacológico hipotensor se suspendió en el postoperatorio si requerir su reintroducción al alta. El tratamiento hipoglucemiante se redujo también al alta en todos los pacientes, suspendiéndolo en el 78%.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/417 ========== ***

Nº de registro: 0417

Título
TRATAMIENTO NUTRICIONAL PERIOPERATORIO EN CIRUGIA BARIATRICA

Autores:
SANZ PARIS ALEJANDRO, DE DIEGO GARCIA PATRICA, GRACIA RUIZ MARIA LUISA, ZAPATA ADIEGO CONCEPCION, LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO, BIMBELA SERRANO MARIA TERESA, GARCIA NAVALON PILAR, CASAMAYOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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:

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

PROBLEMA
Los pacientes con obesidad mórbida requieren tratamiento quirúrgico. Su situación metabólica hace que requieran un tratamiento nutricional individualizado en el perioperatorio inmediato. En el preoperatorio deben perder peso para facilitar el tratamiento anestésico y en el postoperatorio la dieta debe ser progresiva, desde líquida, pasando por semisólida y luego blanda para conseguir tolerancia digestiva ante una cirugía restrictiva y/o malabsortiva. Se requiere que este tratamiento nutricional se ofrezca al paciente con la mínima demora posible. Se tratan además de pacientes complejos con múltiples comorbilidades que requieren un seguimiento ajustado por requerir diferentes dietas en las fases en las que va pasando y tratamiento por los déficits nutricionales que pueden aparecer.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Indicar y explicar una dieta de muy bajas calorías 2 meses antes de la cirugía para una perdida de peso aproximada de un 10%.
2-Indicar y explicar dieta postcirugía inmediata en sus diferentes fases
3-Coordinar los diferentes profesionales que atienden a estos pacientes en un equipo multidisciplinar

MÉTODO
1-Se abre una consulta de alta resolución de Nutrición Precirugía Bariátrica para realizar valoración nutricional (encuesta dietética, antropometría e impedancia) e indicar dieta muy baja en calorías (800 Kcal/día) dos meses antes de la cirugía. Dicha consulta la realizarán los médicos de la Unidad de Nutrición y Dietética del Servicio de Endocrinología y Nutrición.
2-Durante el ingreso hospitalario por su intervención quirurgica de cirugía bariátrica, el personal de enfermería de la Unidad de Nutrición y Dietética realizará educación nutricional de estos pacientes. Explicación de la dieta liquida los primeros 15 días, luego semisólida 40 días y luego blanda.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0417

1. TÍTULO

TRATAMIENTO NUTRICIONAL PERIOPERATORIO EN CIRUGIA BARIATRICA

3-Tras el alta hospitalaria, el paciente será revisado en consultas de cirugía bariátrica y de endocrinología bariátrica para su correcta

INDICADORES
1-Porcentaje de pacientes de cirugía bariátrica que entran en el progrma (se compararán los pacientes del registro de cirugía bariátrica con el de la consulta de Nutrición Precirugía Bariátrica) (indicador >90%)
2-Porcentaje de pacientes que pierden un 10% del peso corporal antes de la intervención quirúrgica (se revisarán los datos de la consulta) (indicador >65%)
3-Reingreso hospitalario por complicaciones en la dieta de pacientes tras cirugía bariátrica (se revisarán los datos de los ingresos hositalarios en la historia clinica electrónica) (indicador<10%)

DURACIÓN
La duración será continua durante todo el año y siguientes.
Calendario: este programa se incluye en la actividad asistencial de la Unidad de Nutrición y Dietética del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, de forma que no tiene finalizacion.
La consulta de Nutricion Precirugía Bariátrica tendrá su inicio el 13 de marzo de 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 - 2018/1491

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... HERMINIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD SAZATORNIL MARIA REYES
ABAD BAÑUELOS BEATRIZ
DE LA LLAMA CELIS NATALIA
VINUES SALAS CARLOTA
LARRODE LECIÑENA ITZIAR
PINILLA RELLO ANDREA
MAGALLON MARTINEZ ARANTXA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. Las actividades propuestas en el proyecto se han cumplido prácticamente en su totalidad:
• Se ha desarrollado e implantado la Prescripción electrónica asistida(PEA) (mediante el programa Farmatools PRESSALUD) con ayudas de soporte a la decisión clínica, en el área de pacientes externos.
• Se ha implantado un sistema de recepción, almacenamiento y dispensación automatizado . En el caso, excepcional de medicamentos que no pueden gestionarse a través de este sistema, se han implantado lectores ópticos en la dispensación para asegurar la trazabilidad total.
• Se ha instalado un auto dispensador que ya están usando pacientes con elevado conocimiento y control de su tratamiento.
• Se ha implantado un sistema de gestión de citas que permite la citación de pacientes, tanto desde la consulta médica como desde el propio servicio de Farmacia para visitas sucesivas.
• Se ha puesto en marcha la medida de la adherencia primaria en todos los Servicios que ya disponen de PEA y la medida de la adherencia secundaria de manera sistemática a través de registro de dispensaciones y de la realización de cuestionarios de adherencia, siendo visible esta información tanto para el facultativo prescriptor como para el farmacéutico con el fin de implantar medidas para su corrección, en el caso en que fuese necesario.
• Se ha incorporado en el sistema la posibilidad de medida del grado de activación del paciente, mediante cuestionarios.
• Se ha creado un área web de información para pacientes externos, dentro de Salud Informa.
• Se ha desarrollado una App para medida y promoción de la adherencia real, a través del registro por el paciente de la medicación administrada, que está en la fase final de pilotaje
Tan sólo no se han puesto en marcha las consultas monográficas, debido a las dificultades surgidas para gestionar espacios específicos, por el incremento en el número de pacientes atendidos diariamente.
Este proyecto ha sido posible por financiación de la Unión Europea y especialmente del SALUD siendo el primer proyecto de compra pública de innovación de la Comunidad de Aragón
El calendario de implantación, en lineas generales, se ha cumplido si bien alguna actividad (como la puesta en marcha de la app) ha sufrido retraso por problemas informáticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. Se ha implantado la PEA en los Siguientes programas: VIH, Hepatitis C, Hepatitis B, Esclerosis múltiple, Hemofilia, Terapias Biológicas en Reumatología, Terapias Biológicas en Enfermedad inflamatoria intestinal, lo que supone 7 programas/21=33% de todos los programas con PEA, siendo el objetivo =6 programas(el indicador inicial 5% se había formulado como % de Servicios pero se ha modificado por lo que se denomina "programas" porque el programa Farmatools toda la información la tiene estructurada por programas y no por Servicios).
Se ha conseguido que en el 29,5% de los pacientes externos su prescripción sea PEA (2840 de un total de 9602) (objetivo: 25% en 2019).
El 41% de los pacientes acuden al Servicio de Farmacia con cita previa (objetivo: >40% en 2019).
El 80% de los pacientes que han recibido formación usan el autodispensador(47/59)
Se ha reducido el tiempo de espera del paciente. El tiempo medio de espera del paciente en 2017 era de 38 minutos de media pasando en 2018 a 16,5 minutos de media y en 2019 a 18,8 minutos los no citados previamente y a 2,4 minutos los citados previamente, lo que resulta una media de 11,94 minutos en 2019.
Se ha incrementado el horario de atención. Al iniciar el proyecto era de 10 a 14 horas de lunes a viernes y actualmente es de 9 a 15 horas, (lunes miércoles y viernes) y de 9 a 14,30 y de 15,3 a 18 horas (martes y jueves.) (objetivo 2019, 3 tardes/mes)
En el 92,4% de las dispensaciones se registra el lote y caducidad (59.234 de 64.097=92,41%) (objetivo >90%)
Toda la información es obtenida por el Servicio de Farmacia, a través del programa de gestión del medicamento Farmatools R)
Este proyecto ha incluido también una reforma estructural del área para humanizar los espacios de atención

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. Este es un proyecto que ha representado un cambio radical en la atención al paciente externo que:
Mejora la seguridad en la atención a través de la PEA, la automatización de la dispensación y el fomento de la adherencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1491

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA

La atención se adapta a las necesidades de los pacientes: minimización tiempo espera, incremento de horario de atención, autodispensador, mayor dedicación del farmacéutico a la atención
Incrementa la eficiencia: mediante el control riguroso stock, la optimización de espacios de almacenamiento y la conservación adecuada
En este proyecto hemos aprendido que la innovación es posible utilizando nuevas estrategias de gestión como la compra pública de innovación pero que para ello es imprescindible equipos multidisciplinares (gerencia, gestión económica, Servicio de Farmacia, Servicios médicos, etc y por supuesto pacientes).
Las mejoras alcanzadas también se van a extender a otros hospitales de Aragón, por lo menos parcialmente, ya que en un futuro próximo todos los hospitales van a disponer de la PEA que este proyecto ha permitido desarrollar (en este momento ya esta en fase de implantación en el Hospital Universitario Lozano Blesa)

7. OBSERVACIONES.

========== Proyecto correspondiente ==========

Nº de registro: 1491

Título
MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA

Autores:
NAVARRO AZNAREZ HERMINIA, ABAD SAZATORNIL MARIA REYES, ABAD BAÑUELOS BEATRIZ, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, VINUES SALAS CARLOTA, LARRODE LECIÑENA ITZIAR, PINILLA RELLO ANDREA, MAGALLON MARTINEZ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías que requieren medicamentos de especial control y dispensaicón hospitalaria.
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La unidad de pacientes externos (UPEX) del Servicio de Farmacia (SF) del HUMS atendió a >7000 pacientes/año en 2016 y realizó >56.000 dispensaciones/año con un gasto en medicamentos de > 40 millones €. A pesar del volumen de pacientes atendidos, la complejidad de su atención y el impacto económico no disponía de prescripción electrónica. El médico realizaba la prescripción en papel y es el personal farmacéutico el que trascribe la orden médica con el riesgo de errores que conlleva la transcripción. El horario de atención era 10 a 14h y no se disponía de sistema de gestión de citas, lo que producía aglomeraciones y tiempos de espera excesivos. No se realizaba registro del lote y caducidad del medicamento entregado, excepto en hemoderivados y terapia biológica introducidas manualmente en el sistema. Este hecho impide identificar el paciente en caso de alerta sanitaria. No se medía de manera sistemática la adherencia en el momento de la dispensación, y no es posible identificar la no adherencia primaria.

En este contexto la Gerencia del HUMS tuvo conocimiento del séptimo programa Marco de la Unión Europea y la existencia del proyecto STOPandGo, proyecto piloto de adquisición pública de soluciones innovadoras a través de la utilización de tecnología de telesalud y teleasistencia. La existencia de dicho proyecto y la invitación se consideró por parte del gerente como una oportunidad estratégica de desarrollo de un proyecto que permitiera mejorar la atención en la UPEX. Como consecuencia de esta petición se desarrolló el denominado proyecto SAMPA, cuyas siglas corresponden a Servicio de registro y promoción de la Adherencia a Medicamentos en Pacientes Ancianos y tiene como objetivo general ofrecer un Servicio Integral para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y asegurar la adherencia de los pacientes ambulatorios crónicos de edad avanzada.

RESULTADOS ESPERADOS
• Mejorar la seguridad para conseguir una tasa de errores mínima, en los procesos de prescripción médica, validación farmacéutica, dispensación y administración de medicamentos al paciente externo.
• Alcanzar la trazabilidad completa, tanto del paciente como del medicamento.
• Mejorar la adherencia.
• Mejorar la eficiencia en la gestión de medicamentos mediante la automatización de los procesos de almacenamiento y dispensación.
• Minimizar tiempo de espera en farmacia mediante la citación sistemática, la ampliación de horarios y la disponibilidad de un punto de dispensación directa.
• Incrementar la atención individualizada del paciente a través de la creación de consultas específicas por patología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1491

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA

MÉTODO
• Desarrollo de un módulo de PEA integrado con la aplicación FarmaToolsR, que incorpore las ayudas necesarias para el soporte a la decisión clínica.
• Implantación de un Sistema automatizado para el almacenamiento, gestión y dispensación de medicamentos, que contemple la trazabilidad completa de los medicamentos.
• Instalación de un punto de autorrecogida de medicamentos para aquellos pacientes con un elevado conocimiento y responsabilidad sobre su enfermedad y tratamiento, que previamente han recibido asesoramiento en la Consulta de Atención Farmacéutica (AF).
• Implantación de un sistema de gestión de citas.
• Establecimiento de consultas monográfica, para proporcionar una Atención Farmacéutica especializada.
• Implantación de un programa de adherencia al tratamiento de los pacientes atendidos en la UPEX que permita:
? Conocer la falta de adherencia primaria.
? Calcular el grado de adherencia secundaria de cada paciente externo por registro de dispensaciones.
? Incorporar en el sistema de dispensación cuestionarios específicos de adherencia y del grado de activación del paciente.
? Determinar la persistencia.
? Integrar en la prescripción el grado de adherencia según registros de medicación en cada uno de los medicamentos prescritos y un informe de adherencia.
? Desarrollo de una plataforma (web y app) de información y educación al paciente, con la participación de asociaciones de pacientes.
? Desarrollo de una app que incluya el plan de medicación del paciente y el registro de la adherencia del paciente.

INDICADORES
Número de Servicios Clínicos con PEA respecto al número de Servicios Clínicos que realizan prescripciones (standard: 5%).
Porcentaje de PE en el área de pacientes externo respecto a la totalidad de prescripciones (standard: 8%).
% de dispensaciones realizadas en las que se registra lote y caducidad (standard 2º semestre: >70%).
Nº de consultas monográficas (standard 3).
Número de pacientes citados respecto al total de pacientes (standard >15%, último trimestre 2018).
La información para estos indicadores se obtendrá del programa de gestión del medicamento FarmatoolsR.

DURACIÓN
Este es un proyecto que se extenderá durante 4 años, habiéndose indicado aquí sólo los hitos a conseguir en 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 - 2018/1551

1. TÍTULO

MONITORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM MERCHANTE ANDREU
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA LLAMA CELIS NATALIA
HUARTE LACUNZA RAFAEL
ARRIETA NAVARRO RAQUEL
VINUES SALAS CARLOTA
SIMAIL GIL ESTRELLA
GARCIA LOPEZ SANTIAGO
GARCIA GONZALEZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
o Se ha incrementado la interacción con los médicos prescriptores, mediante la notificación de la sugerencia de monitorización a través del programa de prescripción electrónica en los casos en los que ésta está disponible.
o Implantación de la monitorización de Amikacina (con 237 recomendaciones posológicas realizadas a lo largo de 2019)
o Diseño de una base de datos que permite facilitar el registro y explotar la información.
o Formación al personal de enfermería sobre los puntos clave en el circuito de la monitorización y facilitación de material explicativo. Se realizó formación a las supervisoras de todas las unidades de hospitalización (Incluídas también UCI y Hospital Materno Infantil). Las superisoras a su vez, formarían a su personal (formador de formadores)
o Definición de un procedimiento para la determinación y monitorización de anti-TNF.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. % peticiones de niveles de Vancomicina y Gentamicina con informe farmacocinético: 99% (Objetivo 90%)

2. % pacientes en rango terapéutico tras monitorización/ Nº pacientes monitorizados. : 71.68 (Objetivo=70%)

3. Elaboración de informe con los criterios para la monitorización de anti-TNF (toma de muestra, niveles en rango, selección de pacientes, etc.). Se ha realizado el borrador, pendiente de aprobación. (Objetivo: Informe elaborado)

4. Nº de unidades con formación al personal de enfermería. Se ha realizado formación a las Supervisoras de TODAS las unidades del hospital (Objetivo =8)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación de la monitorización de Vancomicina y Gentamicina ha permitido la optimización de la farmacoterapia en muchos pacientes, contribuyendo a un uso más seguro y efectivo de los recursos. Incrementando la posibilidad de utilización de antibióticos que en otras condiciones no se podrían haber utilizado por el riesgo de toxicidad haciendo necesario el uso de antibióticos restringidos.
Se realizaron 1115 recomendaciones a lo largo de 2018, incrementando a 2035 en el año 2019, esto refleja la aceptación y la demanda del Servicio por parte de las Unidades Clínicas.
Este proyecto ha contribuido también ha incrementar la actividad del farmacéutico en la actividad clínica diaria, colaborando de manera estrecha con facultativos y enfermeras de prácticamente todas las unidades de hospitalización así como con personal de otros servicios como Bioquímica.
Consideramos necesario continuar avanzando en la oferta de medicamentos a monitorizar (azoles, asparraginasa, antiTNF), así como el destino de recursos para poder optimizar la monitorización de fármacos ya ofertados (Vancomicina según AUC).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1551 ========== ***

Nº de registro: 1551

Título
MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1551

1. TÍTULO

MONITORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

Autores:
MERCHANTE ANDREU MIRIAM, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, HUARTE LACUNZA RAFAEL, ARRIETA NAVARRO RAQUEL, VINUES SALAS CARLOTA, SIMAL GIL ESTRELLA, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, GARCIA GONZALEZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La farmacocinética clínica aplica los principios de la farmacocinética para obtener el mejor régimen terapéutico para cada paciente, sugiriendo al médico prescriptor un régimen de dosificación más seguro y efectivo, basado en la interpretación de las concentraciones plasmáticas de los fármacos, en lugar de hacerlo en base únicamente a decisiones empíricas.
Numerosas publicaciones demuestran que la “dosis habitual” de muchos medicamentos puede producir poco efecto en algunos pacientes, en otros puede desarrollar efectos adversos serios, y sólo en una parte de los pacientes se puede lograr el efecto terapéutico deseado. El uso de dosis estandarizadas que producen efectos sub-terapéuticos, puede conllevar la aparición de resistencias, la suspensión o el cambio de tratamiento, con frecuencia por alternativas más costosas.
En nuestro Servicio comenzamos la monitorización de Vancomicina y Gentamicina en enero de 2017, en colaboración con el grupo PROA y el Servicio de Bioquímica. En 2017 se monitorizaron 137 pacientes, el 74% estaban fuera de rango terapéutico antes de la monitorización, tras la monitorización, estaban en rango el 86.4%.
Se ha detectado la necesidad de seguir ampliando la oferta de medicamentos a monitorizar (otros antibióticos, antifúngicos, medicamentos biológicos), así como impulsar la formación y el conocimiento entre el personal.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos:
oGeneralizar la monitorización de Vancomicina y Gentamicina.
oImplantar la monitorización de Amikacina.
oDesarrollar una herramienta que permita mejorar el registro de la actividad.
oFormación del personal implicado
oIncorporar la monitorización de anti-TNF como una herramienta de ayuda en el tratamiento de pacientes con terapia biológica en enfermedades inflamatorias inmunomediadas

Población diana:
oAntibióticos: Pacientes ingresados en el HUMS En especial pacientes ancianos, Críticos, con insuficiencia renal y neonatos.
oMedicamentos biológicos: Pacientes tratados con infliximab, adalimumab y etanercept,a los que se les dispensa medicación desde el S.de Farmacia (Digestivo, Reumatología y Dermatología)

MÉTODO
oIncrementar la interacción con los médicos prescriptores, mediante la notificación de la sugerencia de monitorización a través del programa de prescripción electrónica
oImplantar la monitorización de Amikacina. Actualmente en fase de validación de la técnica
oDiseñar una base de datos que permita facilitar el registro y explotar la información
oFormación al personal de enfermería sobre los puntos clave en el circuito de la monitorización y se les facilitará material explicativo.
oDefinir un procedimiento para la determinación y monitorización de anti-TNF.

INDICADORES
Los indicadores a medir son:
1.% peticiones de niveles de Vancomicina y Gentamicina con informe farmacocinético. Objetivo =90%
2.% pacientes en rango terapéutico tras monitorización/ Nº pacientes monitorizados. Objetivo=70%
3.Elaboración de informe con los criterios para la monitorización de anti-TNF (toma de muestra, niveles en rango, selección de pacientes, etc.). Objetivo: Informe elaborado
4.Nº de unidades con formación al personal de enfermería. Objetivo =8

La información se obtendrá de los registros de Servicio de Farmacia y Bioquímica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1551

1. TÍTULO

MONITORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

DURACIÓN
oIncrementar el número de pacientes a los que se realiza monitorización de Vancomicina y Gentamicina? Inicio: Desde momento de aprobación de proyecto. Evaluación: 1 año (no se prevé finalización).
oImplantar la monitorización de Amikacina? Inicio: Septiembre 2018. Evaluación: 1 año (no se prevé finalización).
oDesarrollo de una herramienta que permita mejorar el registro de la actividad? Inicio: Septiembre 2018. Finalización: Diciembre 2018.
oFormación del personal implicado (Realización de sesiones formativas): Inicio: Setiembre 2018. Finalización: Mayo 2019.
La responsable de todas las actividades anteriores es Miriam Merchante
oDefinir un procedimiento para la monitorización de anti-TNF: Inicio Septiembre 2018. Fin Mayo 2019. Responsables: Todo el equipo 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 - 2019/0822

1. TÍTULO

REINGENIERIA Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA IMPLANTACIONDE LA METODOLOGIA LEAN.MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... REYES ABAD SAZATORNIL
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL
CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR
NAVARRO AZNAREZ HERMINIA
VINUES SALAS CARLOTA
LOPEZ MIRETE ANTONIA
DE LA LLAMA CELIS NATALIA
VICENTE ITURBE CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En relación a las actividades e indicadores señalados en el proyecto presentado se ha producido alguna modificación sobre la planificación inicial que se realizó antes de comenzar el proceso de estudio e implantación de la metodología Lean ya que en dicho estudio se han detectado procesos con muchas ineficiencias y variabilidad y procesos mucho más controlados que no han exigido análisis en profundidad .
Se ha realizado formación en metodología Lean a todo el Servicio de Farmacia (incluido personal facultativo, de enfermería, técnico y administrativo), a través de diversas sesiones para que dispongan de conocimientos básicos y para su sensibilización.
Se ha analizado con gran profundidad el proceso de gestión del medicamento que es el más transversal de todo el servicio de farmacia pues su alcance va desde la recepción de medicamentos hasta la dispensación a planta por los diferentes canales de distribución que el servicio tiene instaurados, se han detectado 150 acciones de mejora y se han creado grupos de trabajo orientados a cada una de la áreas para la mejora de su eficiencia y se está realizando un seguimiento de los resultados alcanzados, aplicando un ciclo de mejora continua.
Dentro del proceso de gestión se han constituido grupos del área de unidosis, reenvasado, recepción y dispensación

En el área de unidosis se han analizado los consumos de medicación de las unidades preparadas desde los armarios automatizados kardexR para adecuar el contenido de los mismos y disminuir el número de artículos externos para evitar errores de preparación y disminuir tiempos.
Se han definido nuevos horarios de preparación de carros de unidosis para disminuir el número de modificaciones una vez preparado el carro y así disminuir probabilidades de error y tiempos de preparación.
También se han analizado los medicamentos que más frecuentemente son devueltos en los carros, tomándose la decisión de que 5 especialidades han pasado de ser enviadas a las unidades en los carros de unidosis a ser consideradas de stock en planta.
Se han definido nuevas ubicaciones de los artículos externos a KardexR para asegurar la localización del medicamento.
En el área de reenvasado se ha analizado el consumo de todo el hospital de medicamentos reenvasados para optimizar el reenvasado de los mismos, incrementando el nº de unidades reenvasadas y disminuyendo el nº de veces que se reenvasa un mismo medicamento. Con esta acción disminuimos el nº de desechos, optimizamos los tiempos e incrementamos la seguridad al enviarse a todas las unidades el medicamento identificado individualmente.
En el almacén de dispensación general se han identificado las especialidades que requieren reenvasado y que están incluidas en el kardexR con una etiqueta identificativa con el fin de que el personal técnico pueda disponer del medicamento en dosis unitaria sin retrasar la dispensación y evitando el doble reenvasado.
También se han revisado las especialidades que requieren reenvasado y que no están incluidas en los kardexR por su bajo consumo. En este caso se han identificado los cajetines, en el almacén general, mediante sistema kanban manual para evitar roturas de stock.
Se ha analizado la situación del área de recepción, detectándose problemas ligados al espacio (espacio insuficiente, presencia de material de embalaje y otros materiales), a la documentación (pérdida de albaranes y no cumplimento de los procedimientos administrativos), de concentración de actividad y de seguridad y se realizado un informe con las acciones a emprender, elevándose el mismo a la Dirección, dada la necesidad de apoyo para las acciones que requieren modificación de espacios.
En el área de pacientes externos, a pesar de es un proceso que se ha mejorado sustancialmente hace poco tiempo, se producen incidencias y periodos de saturación como consecuencia del aumento sostenido de pacientes en el área, por lo que se esta analizando la información disponible para aumentar la eficiencia del Servicio y la satisfacción del paciente mediante la minimización de interferencias en el trabajo de los profesionales, la sincronización del área con otras áreas para la mejora del Servicio, la adecuación de los puestos de atención a las necesidades asistenciales análisis y la optimización del autodispensador .
En el área de laboratorio se han analizado los procesos, se han detectado las áreas de mejora y se han creado tres grupos de trabajo para la mejora de su eficiencia.
Se ha actualizado el modelo de Docencia, definiendo los objetivos de formación de cada área y los métodos de evaluación, la función de los distintos roles: Tutor (responsable del sistema y máxima autoridad en el mantenimiento del sistema documental), Adjunto (responsable de la formación, del seguimiento de los residentes y de aportar “feedback” continuo al residente para asegurar su evolución continua), Residente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0822

1. TÍTULO

REINGENIERIA Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA IMPLANTACIONDE LA METODOLOGIA LEAN.MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015

(Responsable de su propia formación. En este modelo, el residente dispone de las herramientas necesarias para empoderarse y solicitar formación, soporte o comentarios para asegurar su crecimiento personal) y residente soporte: nueva figura responsable del acompañamiento de los nuevos residentes durante el primer mes También se ha realizado formación a todos los facultativos para potenciar el "feedback honesto" en nuestro Servicio
En relación con la formación continuada se ha planificado y acreditado el plan formativo del personal facultativo. También se acreditó el plan formativo del personal técnico del curso 2018-19 pero se está pendiente de diseñar el del 2019-20 porque se están analizando distintas propuestas con el fin de mejorar el interés y asistencia al plan formativo por parte de dicho personal. En relación a la evaluación de la efectividad de la formación se ha decidido valorar el uso de la herramienta Kahoot!.
Se ha realizado un curso de formación acreditado, incluido en el plan formativo del Sector Zaragoza II, dirigido al personal técnico de la Farmacia, denominado mejorando la calidad y la seguridad en el uso de los medicamentos, cuyo objetivo ha sido mejorar el trabajo asistencial de los Técnicos Auxiliares de Farmacia, formando sobre aspectos clínicos, terapéuticos y logísticos, para el desarrollo de su actividad diaria y mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos. En dicho curso se ha incluido una parte práctica sobre como elaborar y presentar un proyecto de mejora.
En relación a los planes de contingencia, se está trabajando en su elaboración

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se solicitó la acreditación de los 3 programas de formación de 2018-2019 para facultativos, técnicos de farmacia y enfermería. Se envió la memoria final y se está pendiente de la asignación final de créditos. De igual manera, se ha enviado la solicitud de acreditación del plan formativo de facultativos para 2019-2020.
Se ha establecido un procedimiento para la evaluación del plan formativo para todo el personal. Tras valorar distintas sistemáticas, se decide probar en esta edición con el software de Kahoot!.
Se ha formado a todo el personal de SF en metodología Lean.
Se han revisado 9 procesos del SF a los que se les ha aplicado la metodología Lean, lo que supone un 82% (estandard >70%)% y se han implantado acciones en 4 de ellos (unidosis, dispensación, reenvasado, docencia), estando en el resto en proceso
En unidosis se ha conseguido: reducir los tiempos de preparación y de actualización, mejora en el cumplimiento de horarios, incremento del número de carros en el sistema (Urología, Oncología, Digestivo planta 4, etc) y aumento de eficiencia de Kardex (aumento del nivel de ocupación).
Se han modificado los horarios de preparación y reposición de pyxis, para optimizar el trabajo, pasando de 143.740 medicamentos repuestos en el año 2018 a 73.537 en el año 2019, pese a incrementarse el número de unidades con este tipo de sistema de dispensación automatizada.
La modificación de 5 especialidades, que han pasado de ser distribuidas en el carro de unidosis a ser de stock en planta ha disminuido el número de devoluciones de 944 de media al mes a 72 unidades.
En el reenvasado: mejora de la eficiencia de las operaciones de reenvasado, disminución del papel desechado, reducción de los tiempos de parada y reducción de las faltas de medicamento. Sólo en los 10 medicamentos reenvasados de mayor consumo se ha reducido un 59,5% el número de veces que se han reenvasado, lo que ha permitido aumentar el número de unidades reenvasdas y asumir que todos los medicamentos que la Industria no comercializa en dosis unitarias, puedan ser enviados a las unidades en acondicionamiento unidosis porque se han reenvasado en el Hospital
Se ha estandarizado el proceso de reenvasado entre dispensación, unidosis y el área de reenvasado.
El número total de unidades reenvasadas se ha incrementado en 51.865 unidades, en 2019 con respecto al 2018, a pesar de que los cambios, antes mencioandos, y motivados por la aplicación de la metodología Lean se han puesto en marcha el último trimestre de 2019.
En relación a las especialidades que se almacenan en Kardex pero que necesitan reenvasado, se han modificado los Stocks máximos y mínimos para ajustarlos al consumo en el 39,3; 35,9 y 40,5% de las especialidades existentes en el Kardex 1, Kardex 2 y Kardex 3, respectivamente
En docencia FIR se han actualizado los objetivos de formación de todas las áreas y definido los métodos de evaluación. A los dos residentes que lleguen nuevos ya se les aplicará el nuevo modelo de docencia en su totalidad pero en relación a la definición de objetivos y evaluación de cada área ya se aplica en las nuevas rotaciones, siendo preciso en un futuro próximo realizar un seguimiento para confirmar que el resultado final se ajusta a las expectativas.
% de procesos con planes de contingencia definidos: En realización.
Tras identificar y poner en marcha las acciones correctivas de los principales modos de fallos detectados, se han identificado cuáles requieren planes de contingencia y se está en proceso de elaboración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto ha permitido avanzar para la transformación del Servicio de Farmacia en un equipo de alto rendimiento. Se ha instaurado una metodología lean, dirigida a la Mejora Continua y a la Excelencia Operacional (OPEX), de los diferentes procesos que se realizan en el Servicio de Farmacia, definiendo 3 niveles de equipos: Equipo Líder del proceso, facilitadores del proceso y equipos excelentes. Si bien es preciso seguir ampliando, afianzando y avanzando en la mejora continua.
El proyecto ha facilitado la implicación en la mejora continua de un gran número de profesionales si bien en ocasiones se ha detectado dificultades para la integración de las dos herramientas: Norma ISO 9001:2015 y metodología Lean

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0822

1. TÍTULO

REINGENIERIA Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA IMPLANTACIONDE LA METODOLOGIA LEAN.MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015

*** ========== Resumen del proyecto 2019/822 ========== ***

Nº de registro: 0822

Título
REINGENIERIA Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA METODOLOGIA LEAN.MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015

Autores:
ABAD SAZATORNIL REYES, REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL, CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR, NAVARRO AZNAREZ HERMINIA, VINUES SALAS CARLOTA, LOPEZ MIRETE ANTONIA, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, VICENTE ITURBE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
El Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según la norma ISO 9001 desde el año 2011. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente. Durante los dos últimos años, se han realizado importantes esfuerzos para adaptar el sistema de gestión de la calidad a las exigencias de la actualización de la Norma ISO 9001:2015.
La implantación de la metodología Lean permite ofrecer mecanismos para reducir rápidamente de manera drástica el coste, los tiempos y mudas, que es todo aquello que consume recursos de tiempo, personas, material, etc. sin aportar valor al proceso y además proporciona las herramientas y las pautas organizativas que disminuyen la variabilidad y aumentan la calidad. Esta metodología ha sido empleada con éxito en el entorno sanitario, y en el rediseño de procesos de Servicios de Farmacia Hospitalarios.
A pesar del avance continuo en la mejora de los procesos en el servicio de Farmacia del HUMS en los últimos años, se habían detectado ineficiencias y variabilidad en algunos de ellos, desorden, falta de la organización y distribución irregular de las cargas de trabajo por lo que consideramos imprescindible homogeneizar los procesos y reducir las tensiones entre diferentes áreas y/o funciones. Así como definir las competencias y funciones de cada puesto de trabajo.
Para lograrlo hemos decidido utilizar la metodología Lean

RESULTADOS ESPERADOS
-Gestionar el riesgo del Servicio de Farmacia(SF) mediante la implantación de acciones y/o el desarrollo de planes de contingencia de los puntos críticos detectados en los análisis AMFE
-Mantener el cumplimiento del sistema de gestión de la calidad de los requisitos de la Norma ISO 9001.
-Formación básica y sensibilización de todo el personal en metodología lean
-Reorganizar, simplificar y reducir los tiempos de proceso
- Estandarizar las operaciones y reducir los errores que se producen
- Mejorar la comunicación
El análisis y reingeniería incluye a todos los procesos del SF

MÉTODO
Finalizar los planes de contingencia para minimizar los efectos de los posibles fallos
Análisis y seguimiento de las incidencias.
Planificación, acreditación, y evaluación de la efectividad de los planes formativos para todo el personal sanitario.
Formación básica en metodología Lean y sensibilización dirigida a todos los profesionales del SF
Constituir grupos de trabajo multidisciplinares para cada proceso
Redefinir el mapa de procesos del SF
Para cada proceso realizar un análisis de las tareas, tiempos, profesionales que intervienen, identificar las mudas y sus causas, planificar cambios y asignar responsables, implantarlos y controlar los cambios implantados
Definir los estándares de trabajo, y las rutinas de gestión

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0822

1. TÍTULO

REINGENIERIA Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA IMPLANTACIONDE LA METODOLOGIA LEAN.MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015

```
% AMFES con planes de contingencia definidos (standard 100%)
Mantener acreditación de las sesiones del SF
Establecer un procedimiento para la efectividad de los planes formativos para todo el personal sanitario del SF
% profesionales del SF formadas en metodología Lean (standard >70%)
Elaboración de un nuevo Mapa de procesos del SF
% procesos del SF a los que se les ha aplicado la metodología Lean (standard >70%)
% procesos con acciones implantadas para disminuir muda (standard >70%)

DURACIÓN
Se especifica fecha fin para alcanzar objetivo
Planes de contingencia : junio 2019
Mantener acreditación de las sesiones del SF: diciembre 2019
Procedimiento para la efectividad de los planes formativos : junio 2019
% profesionales del SF formadas en metodología Lean (standard >70%): junio 2019
Elaboración de un nuevo Mapa de procesos del SF: diciembre 2019
% procesos del SF a los que se les ha aplicado la metodología Lean (standard >70%): diciembre 2019
% procesos con acciones implantadas para disminuir muda (standard >70%): junio 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 - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION DEL PACIENTE GERIATRICO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES CLERENCIA SIERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANJUAN CUARTERO ROSA
TORMO BOZAL RAQUEL
CONSTANTIN ANCUTA
ESCABOSA ALEGRE MAR
FERNANDEZ LOZANO CARLOS
GRACIA CUADRADO LIRIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En este proyecto incluido en el Acuerdo de Gestión 2018 y 2019 (Unidad de Geriatría-HUMS), el equipo de mejora guiado por los siguientes objetivos:
1.- Unificar la transmisión de información al alta hospitalaria de una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).
2.- Aumentar la seguridad del paciente, minimizando los errores en la información al alta hospitalaria.
3.- Definir la población geriátrica que más precisa la continuidad asistencial.
4.- Compartir información clave en la atención del paciente con los profesionales de Atención Primaria/SSMM, para la ayuda de toma de decisiones en los “pacientes diana”.
5.- Asesorar en los problemas que surjan en el reacondicionamiento al domicilio o residencia tras la estancia hospitalaria.
6.- Evaluación de la continuidad asistencial mediante encuesta telefónica.

Ha realizado las siguientes actividades:

Durante el año 2018, se definió la población geriátrica hospitalizada en la UGA que se consideraba que más precisa la continuidad asistencial (pacientes diana).
A tal efecto, se elaboró una plantilla incluyendo los 2 grupos de pacientes diana:
A1: Paciente = 85 años con = 2 enfermedades crónicas y vive sólo/1 cuidador
Que cumplan al menos 2 de los siguientes criterios:
1. Nueva prescripción de = 3 fármacos al alta hospitalaria
2. Indice Barthel < 60
3. Test Pfeiffer = 3
4. No soporte familiar o inadecuado
5. Necesidad de cuidados nuevos al alta: O2, sonda vesical, vía SC/IV, heridas por presión…

A2: Paciente = 85 años que vive o vaya al alta a una residencia:
Que cumplan al menos 2 de los siguientes criterios:
1. Nueva prescripción de = 3 fármacos al alta hospitalaria
2. Indice Barthel < 60
3. Test Pfeiffer = 3
4. Necesidad de cuidados nuevos al alta: O2, sonda vesical, vía SC/IV, heridas por presión…

Así mismo, se elaboró un folleto informativo del proyecto para entregar a cada uno de los pacientes/cuidadores diana, una encuesta telefónica compuesta por 5 preguntas para el seguimiento tras alta hospitalaria, que nos permite una evaluación de continuidad asistencial. Y se diseñó una hoja de cálculo Excel para registrar toda la información recogida: si el paciente ha recibido informe de alta multidisciplinar, si se ha realizado contacto con EAP, MAP y/o T. Social, si se ha realizado encuesta telefónica, si el paciente tras el alta hospitalaria ha tenido que acudir al servicio de Urgencias o si ha habido modificación farmacológica, si su autopercepción de salud se ha modificado y el grado de satisfacción con la atención recibida durante el ingreso hospitalario.

Durante el año 2019, una vez descritos los criterios de población diana, se realiza la intervención en dichos pacientes.
En cada paciente que ingresa en la UGA, con el fin de identificar los pacientes diana, se ha utilizado la plantilla con los criterios de los grupos A1 y A2. Se ha utilizado un archivador para guardar las fichas de todos los pacientes, y una agenda para el control de las fechas en las que hay que realizar las entrevistas telefónicas post-alta.
Una vez identificados los pacientes diana, el personal sanitario y trabajadora social han compartido información clave en la atención del paciente tanto con Atención Primaria, como con los Servicios Sociales si ha sido necesario. A los pacientes/cuidadores se les ha entregado un folleto donde se describen los objetivos del proyecto, e incluye un número de teléfono en el cual el personal de la Unidad le puede ayudar a resolver las incidencias o dudas que pueden surgir en su domicilio/residencia sobre las indicaciones o el tratamiento prescrito. Y se les ha solicitado consentimiento para recibir una llamada telefónica a la semana del alta hospitalaria, para la evaluación de la continuidad asistencial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION DEL PACIENTE GERIATRICO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El periodo de intervención es de 3 meses: 14 de octubre de 2019 - 14 de enero 2020.
Durante ese periodo han sido dados de alta hospitalaria de la UGA 169 pacientes.
De ellos, cumplen criterios de paciente diana del proyecto 63 pacientes (37%). Pertenecen a cada grupo el 50%: grupo A1: 32 pacientes y grupo A2: 31 pacientes. No cumplen criterios 106 de los pacientes dados de alta hospitalaria.

Reciben informe de alta de Geriatría: 63 pacientes (100%); de ellos 8 (20%) también reciben informe complementario de Enfermería porque precisan información específica de continuidad de cuidados de enfermería; y en 10 pacientes (25%) que requieren intervención específica de Trabajo Social, se realiza informe complementario de Trabajadora Social, para una adecuada transmisión de información con otros niveles asistenciales.

En los pacientes diana se ha realizado una encuesta telefónica a la semana del alta, que han contestado 40 pacientes (63% de los pacientes diana). En esta intervención, se han obtenido datos referentes a la utilización de recursos sanitarios durante la primera semana tras el alta de la UGA, tanto de Atención Primaria como del Servicio de Urgencias Hospitalarias. De los encuestados,

1. Han acudido a la consulta de Atención Primaria: 21 pacientes (52,5%)
- Medico: 16 pacientes (76%)
- Enfermera: 7 pacientes (33%)
- Trabajador Social: 1 pacientes (5%)

2. Han visitado el Sº de Urgencias Hospitalarias: 2 pacientes (5%)

3. Han requerido cambio farmacológico: 2 pacientes (5%)

También se ha obtenido información de la autopercepción de salud tras el ingreso en la UGA y el grado de satisfacción con la atención recibida durante su ingreso:

1. Mejoría autopercepción de salud:
- SI: 28 pacientes (70%)
- NO: 12 pacientes (30%)
- No contestan: 2 pacientes (5%)

2. Grado satisfacción con la atención:
- Muy bueno: 25 (62,5%)
- Bueno: 14 (22%)
- Regular: 1 (2,5%)
- Malo: 0 (0%)
- NC: 1 (2,5%)

En resumen, según los criterios descritos por el equipo de mejora, el 37% de los pacientes dados de alta hospitalaria en una Unidad de Geriatría tras un proceso agudo, se benefician de la continuidad asistencial.
Un poco más de la mitad de los pacientes contactan con diferentes profesionales de su Equipo de Atención Primaria durante la primera semana tras el alta hospitalaria, pero sólo el 5% de los pacientes han precisado cambio farmacológico por su MAP y otro 5% ha requerido acudir al Sº Urgencias hospitalarias por descompensación aguda.
Tras ingreso en la Unidad Geriátrica de Agudos un 70% de los pacientes tienen mejoría en la autopercepción de salud y el 84,5% tiene un grado de satisfacción muy bueno o bueno con respecto a la atención recibida en la Unidad.

En relación a los indicadores marcados:
1.- Diseño de informe de alta de Geriatría multidsciplinar en HCE. Resultado ESPERADO: SI. Resultado OBTENIDO: El informe se ha diseñado, pero está pendiente de incluir en HCE.
2.- Nº de informes de alta multidisciplinares /Nº pacientes dados de alta. Resultado ESPERADO: 70-80%. Resultado OBTENIDO:100%
3.- Utilización de criterios de “pacientes diana”. Resultado ESPERADO: SI. Resultado OBTENIDO:SI
4.-Nº de contactos DUE Geriatría-DUE Atención Primaria/ Nº “pacientes diana” dados de alta. Resultado ESPERADO:>60. Resultado OBTENIDO:20%.
5.- Nº de contactos Trabajadora Social Geriatría-Trabajador social Atención Primaria y/o SSMM/Nº “pacientes diana” dados de alta. Resultado ESPERADO: >60%. Resultado OBTENIDO:25%.
6.- Nº de interconsultas virtuales respondidas/Nº interconsultas recibidas. Resultado ESPERADO: >80. Resultado OBTENIDO: no valorable porque no han sido autorizadas.
7.-Nº de encuestas telefónicas realizadas al paciente-cuidador/Nº “pacientes diana” dados de alta. Resultado ESPERADO:>70%. Resultado OBTENIDO: Se han realizado 100% de las llamadas telefónicas y han contestado 63% a la llamada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusión, aunque el proceso de elaboración y consenso de criterios de los pacientes diana llevó tiempo al equipo, consideramos que los resultados confirman que discriminan bien a los pacientes seleccionados para la intervención. Sin embargo, se estimó que se precisaría un contacto más directo entre enfermería o entre trabajadores sociales, en un número más elevado del que realmente ha sido necesario (indicadores 4 y 5).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION DEL PACIENTE GERIATRICO

El folleto informativo ha tenido muy buena aceptación por los pacientes/cuidadores, además de permitir un momento de contacto personal entre profesional-paciente/cuidador. La encuesta telefónica ha permitido tener información de la necesidad de uso de recursos en periodo inmediato al alta, además de obtener un satisfactorio feed-back de nuestro trabajo en la UGA.

Este proyecto "Favorecer la continuidad asistencial en la atención al paciente geriátrico" ha influenciado positivamente en:
- los pacientes y cuidadores, al mejorar la comunicación entre los profesionales que le atienden, y al tener el apoyo de profesionales de la Unidad de Geriatría en el periodo inmediato al alta (1 semana).
- los profesionales de varios niveles asistenciales, porque ha mejorado la comunicación y ha servido para unificar criterios.
- los profesionales de diferentes disciplinas de la UGA, fortaleciendo el trabajo en equipo.

Sin embargo, en el desarrollo del proyecto hemos encontrado varias dificultades, como que ha supuesto una mayor dedicación de tiempo para el personal de la Unidad, la falta de apoyo para tener una línea telefónica de acceso horario limitado para las llamadas de los pacientes/cuidadores, la ausencia de interconsultas virtuales de Geriatría, y la dificultad de utilizar un informe multidisciplinar por coincidir con el inicio de HCE.

El equipo de mejora considera que, para la sostenibilidad del proyecto precisamos:
- utilizar el informe de alta multidisciplinar en todos los pacientes ingresados en la UGA,
- disminuir el número de pacientes en quienes intervenir (20-25% según indicadores 4 y 5), para que no suponga una sobrecarga de trabajo,
- y apoyo de los directivos para tener los recursos necesarios que favorezcan su replicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1118 ========== ***

Nº de registro: 1118

Título
FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

Autores:
CLERENCIA SIERRA MERCEDES, SANJUAN CUARTERO ROSA, TORMO BOZAL RAQUEL, CONSTANTIN ANCUTA, MARTINEZ LACARRA SANDRA, ESCABOSA ALEGRE MAR, GRACIA CUADRADO LIRIA, GONZALEZ FERNANDEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades crónicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La complejidad que supone el manejo adecuado de los pacientes geriátricos requiere de importantes recursos sanitarios y sociales, por esto consideramos que tenemos el compromiso ético de avanzar hacia modelos de atención integrada que garanticen una coordinación eficaz y una gestión colaborativa entre los diferentes agentes para dar respuestas de calidad y coste-efectivas.
Nuestro proyecto de mejora plantea la utilidad de los sistemas de información como una herramienta fundamental para favorecer la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, permitiendo compartir información clave de los pacientes, ayudar en la toma de decisiones, garantizar la seguridad del paciente y realizar una evaluación continua del modelo.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Unificar la transmisión de información al alta hospitalaria de una Unidad Geriátrica de Agudos.
2.- Aumentar la seguridad del paciente, minimizando los errores en la información al alta hospitalaria.
3- .Definir población geriátrica que más precisa la continuidad asistencial.
4.-Compartir información clave en los cuidados del paciente con los profesionales de Atención Primaria, para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION DEL PACIENTE GERIATRICO

la ayuda de toma de decisiones en los “pacientes diana”.
5.-Compartir información clave en la atención del paciente con los profesionales de Atención Primaria/SSMM, para la ayuda de toma de decisiones en los “pacientes diana”.
6.-Asesorar en los problemas que surjan en el reacondicionamiento al domicilio o residencia tras la estancia hospitalaria.
7.- Evaluación de la continuidad asistencial mediante encuesta telefónica.

MÉTODO
1.- Diseñar informe de alta multidisciplinar que contenga plan de atención recomendado al alta hospitalaria.
2.- Elaboración de informe multidisciplinar al alta hospitalaria de todos los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos.
3.- Contacto telefónico para compartir información clave de los cuidados del paciente entre DUE geriatría - DUE primaria, T. Social geriatría-T. Social primaria /SSMM para mejorar continuidad de cuidados de los pacientes diana.
4.- Responder a las interconsultas virtuales derivadas desde Atención Primaria asesorando en los problemas que se puedan plantear en domicilio/residencia.
5.- Seguimiento telefónico al paciente “diana”/cuidador tras alta hospitalaria, para evaluación de continuidad asistencial.

INDICADORES
1.- Diseño de informe único multidsciplinar. Resultado: SI
2.- Nº de informes de alta multidisciplinares /nº pacientes dados de alta. Resultado: 70-80%.
3.-Definición de criterios de “pacientes diana”. Resultado: SI.
4.-Nº de contactos telefónicos DUE Geriatría-DUE Atención Primaria/ nº “pacientes diana” dados de alta. Resultado: >60%
5.- Nº de contactos telefónicos Trabajadora Social Geriatría-Trabajador social Atención Primaria y/o SSMM/nº “pacientes diana” dados de alta. Resultado: >60%.
6.- Nº de interconsultas virtuales respondidas/Nº interconsultas recibidas. Resultado: >80%.
7.-Nº de encuestas telefónicas realizadas al paciente-cuidador/nº “pacientes diana”. Resultado: >70%.

DURACIÓN
El proyecto comienza en junio/18 con el diseño de informe conjunto multidisciplinar, la definición de “pacientes diana” y el desarrollo de encuesta de evaluación. Se prevé terminar con estas actividades en septiembre/18.
En octubre/18 se pondrán en marcha la elaboración de los informes de alta multidisciplinares, la coordinación Geriatría- Atención Primaria/SSMM y las encuestas al paciente-cuidador.
En mayo /19 se propondrá propuesta de mejora del proyecto.

OBSERVACIONES
El proyecto con las mejoras propuestas continuaría en 2019.

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 - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA RUIZ MARISCAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL
PEREZ RONCERO GONZALO RAMON
TORRON MONTERDE NATALIA
ESCABOSA ALEGRE MAR
VILLABONA JIMENEZ MARIA
TRASOBARES GRACIA CRISTINA
GORGAS SORIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el proyecto, incluido en el Acuerdo de Gestión 2018 y 2019 (Unidad de Geriatría-HUMS), el equipo de mejora enfocado en los siguientes objetivos:
1. Aumentar la seguridad en la atención del paciente mediante la mejora de la Valoración Geriátrica Integral.
2. Facilitar al paciente/familia información referente al funcionamiento de la Unidad mediante la entrega de un folleto informativo.
3. Valorar el grado de satisfacción del paciente/familia.
4. Valorar el grado de satisfacción de los profesionales sanitarios implicados en la atención del paciente.

Ha desarrollado las siguientes actividades:

Al inicio del Proyecto, se determinó como población diana los pacientes ancianos, de ambos sexos, hospitalizados en la Unidad de Agudos de Geriatría del Hospital General de la Defensa-HUMS.

Posteriormente se trabajó en la unificación de criterios en función de las necesidades observadas, en la elección de escalas validadas que facilitasen la detección y el seguimiento de problemas de los pacientes ancianos y en la definición de la intervención interdisciplinar en la valoración en el momento del ingreso de cada miembro del equipo asistencial. Para ello se desarrolló un Protocolo de Valoración que incluía: el diseño de un documento, adaptado a las necesidades de nuestros pacientes, para la recogida de datos durante la realización de la Valoración Geriátrica Integral y la elaboración de un tríptico informativo, dirigido a pacientes y familiares, sobre el funcionamiento de la Unidad de Agudos de Geriatría.

Durante el año 2019, se ha realizado la puesta en práctica del Protocolo de Valoración. Para ello se ha desarrollado una reunión informativa, previamente a su puesta en marcha, dirigida al personal de la Unidad.

En el momento del ingreso de los pacientes en la Unidad se ha realizado la identificación del personal sanitario responsable y la Valoración Geriátrica Integral (Geriatras y personal de Enfermería). Además a los pacientes/familias se les ha entregado el tríptico elaborado sobre el funcionamiento de la Unidad como información complementaria a la facilitada de forma oral (recurso necesario: impresión de folletos).

Al alta hospitalaria se ha proporcionado a pacientes/familia una encuesta anónima (recurso necesario: impresión) para la valoración del grado de satisfacción en la que se explica la finalidad del Proyecto y en la que se plantean las siguientes preguntas:
- ¿Cómo valora su acogida en la Unidad en el momento del ingreso?
- ¿La entrega del folleto informativo de la Unidad le ha ayudado a completar la información facilitada por el personal?

Asimismo, en el último mes, se ha facilitado al personal una encuesta anónima (recurso necesario: impresión) para valorar su grado de satisfacción y la pertinencia del Proyecto a través de las siguientes cuestiones:
- ¿Los nuevos ítems añadidos a la valoración durante el ingreso mejoran la identificación de posibles problemas y/o necesidades del paciente?
- ¿Crees que el folleto informativo entregado al ingreso es útil como información complementaria para el paciente/familia durante su ingreso en la Unidad?

Con el objetivo de poder realizar un seguimiento mensual de los indicadores se ha diseñado un registro en formato Excel para anotar todos los datos recogidos (recurso necesario: soporte informático).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El periodo de intervención ha sido de 2 meses y 15 días: 1 de noviembre 2019 - 15 de enero 2020.
Durante ese periodo han ingresado en la Unidad de Agudos de Geriatría un total de 140 pacientes ancianos, 49 de ellos hombres (35%) y 91 mujeres (65%).

Se lleva a cabo la cumplimentación del documento de valoración desarrollado (por los especialistas en geriatría y enfermería), que forma parte del Protocolo de Valoración al ingreso del Proyecto, a 139 pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

(99,3%), de los cuales se realiza la entrega del tríptico informativo a 117 pacientes/familias (84,2%).

A través de la entrega de encuestas anónimas a paciente/familia al alta hospitalaria se ha obtenido información acerca de la autopercepción de la atención recibida en el momento de su acogida en la Unidad y la utilidad del tríptico informativo. Con un total de 70 encuestas cumplimentadas (50%):

1. Grado de satisfacción de la atención/acogida en la Unidad:
- MUY SATISFACTORIA: 64 (91,4%)
- SATISFACTORIA: 6 (8,6%)
- INSATISFACTORIA: 0 (0%)

2. Utilidad del tríptico informativo:
- SÍ: 65 (93%)
- NO: 5 (7%)

También se ha conseguido información, mediante el mismo método, del grado de satisfacción del personal de la Unidad respecto a las novedades incluidas en el Protocolo de Valoración al ingreso así como su percepción sobre el beneficio que el tríptico informativo aporta a pacientes y familias. Con un total de 15 encuestas cumplimentadas (62,5%):

1. Percepción de que los items añadidos a la Valoración del ingreso mejoran la identificación de problemas/necesidades del paciente:
- SÍ: 15 (100%)
- NO: 0 (0%)

2. Utilidad tríptico informativo:
- SÍ: 15 (100%)
- NO: 0 (0%)

En resumen, según los datos recogidos por el grupo de mejora, al 99,3% de los pacientes ancianos ingresados en la Unidad de Geriatría de Agudos se les realiza la Valoración Geriátrica Integral y se cumplimenta el documento de valoración. Los pacientes/familias califican su grado de satisfacción como muy satisfactorio o satisfactorio respecto a la atención recibida en el momento de su acogida en la Unidad en el 100% de los casos. El tríptico informativo es considerado útil, como información complementaria, por los pacientes/familiares en el 93% de las encuestas cumplimentadas y en el 100% de los de los casos es percibido como beneficioso por parte del personal. En relación a la evaluación, por parte del personal médico y de enfermería, de los ítems añadidos a la valoración, el 100% de los encuestados los percibe como una ayuda para la identificación temprana de posibles problemas o necesidades de los pacientes que pueden presentarse durante el ingreso hospitalario.

Con respecto a los indicadores marcados:
1.- Desarrollo de Protocolo de Valoración y documento de recogida de datos. Resultado ESPERADO: SI. Resultado OBTENIDO: SI
2.- Cumplimentación del Protocolo de Valoración al ingreso. Resultado ESPERADO: =90%. Resultado OBTENIDO:99,3%
3.- Entrega de tríptico informativo al ingreso. Resultado ESPERADO: =70%. Resultado OBTENIDO:84,2%
4.-Entrega encuesta de satisfacción a paciente/familia. Resultado ESPERADO:=50%. Resultado OBTENIDO:=50%
5.- Encuesta de satisfacción a personal sanitario implicado (Médicos geriatras y enfermería). Resultado ESPERADO: =50%. Resultado OBTENIDO: 62,5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusión, los miembros del equipo consideramos que los resultados obtenidos corroboran la necesidad del desarrollo e implantación de una estrategia de intervención interdisciplinar (Valoración Geriátrica Integral) en el momento del ingreso de los pacientes en la Unidad de Agudos de Geriatría. Para ello es preciso la implantación de un documento de valoración multidisciplinar específico y adaptado a las características del paciente anciano, como el elaborado en este Proyecto, que facilite la identificación de posibles necesidades y problemas, contribuyendo así a disminuir los riesgos derivados de la atención y evite la duplicidad de recogida de información.

La entrega del tríptico informativo sobre el funcionamiento de la Unidad ha tenido muy buena acogida, tanto por parte de los pacientes y familias como por parte del personal. Además contribuye a garantizar el derecho a la información de los usuarios y a mejorar su nivel de satisfacción.

No obstante, durante el desarrollo del Proyecto hemos detectado el siguiente problema:
- La implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en la Unidad únicamente para los facultativos (Geriatras), no así para el personal de enfermería (pendiente de implantación), por lo que actualmente se está trabajando en dos formatos diferentes para el registro de datos de la Valoración Geriátrica Integral.

Por último, los integrantes del equipo de mejora consideramos que para la sostenibilidad del proyecto es necesario:
? Utilizar el documento desarrollado para la recogida y el registro de datos durante la Valoración Geriátrica Integral por parte del equipo interdisciplinar.
? Desarrollar una sesión informativa para dar a conocer el Protocolo de Valoración al ingreso a todos aquellos profesionales, principalmente de enfermería, que a pesar de no formar parte de la plantilla habitual

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

de la Unidad de Agudos de Geriatría, prestan atención con frecuencia a los pacientes ancianos ingresados en la Unidad.
? Asegurar una dotación continuada de trípticos informativos impresos.
? Adaptar el documento específico desarrollado para la realización de la Valoración Geriátrica Integral al ingreso en la Unidad de Agudos de Geriatría al formato de la Historia Clínica Electrónica (HCE) tanto para geriatras como para el personal de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1192 ========== ***

Nº de registro: 1192

Título
MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Autores:
RUIZ MARISCAL MARTA, RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, LOPEZ FORNIES ANA, GORGAS SORIA CARMEN, PEREZ RONCERO GONZALO RAMON, TORRON MONTERDE NATALIA, DOMINGUEZ BARRIOS PAULA, ESCABOSA ALEGRE MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLURIPATOLOGÍA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En el paciente geriátrico, además de los efectos del envejecimiento fisiológico, confluyen otras características como la elevada prevalencia de pluripatología, la presentación atípica de la enfermedad y la tendencia de ésta a causar pérdida funcional. La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es un proceso interdisciplinar y multidimensional que posibilita la identificación de problemas y necesidades y el desarrollo de una estrategia interdisciplinar de intervención con el objetivo de alcanzar el mayor grado de calidad de vida y optimización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Diseñar protocolo que guíe al personal en la recogida de datos.
2.- Elección de escalas de valoración validadas que faciliten la detección y seguimiento de problemas según categoría profesional.
3.- Aumentar la seguridad en la atención al paciente mediante la mejora de la valoración geriátrica integral.
4.- Valorar el grado de satisfacción de paciente/familiar mediante una encuesta anónima.
5.- Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.

MÉTODO
1.- Unificación de criterios en la valoración al ingreso de pacientes geriátricos. Todo el equipo de mejora.
2.- Definición de la intervención de cada miembro del equipo multidisciplinar en la valoración al ingreso. Todo el equipo de mejora.
3.- Diseño de documento para recogida de datos durante la valoración integral, donde se contemplen los datos recogidos por cada miembro del equipo multidisciplinar. Todo el equipo de mejora.
4.- Elaboración de un tríptico informativo de la unidad dirigido a pacientes y familia. Todo el equipo de mejora.
5.- Protocolización de la valoración integral. Todo el equipo de mejora.
6.- Identificación del personal responsable al ingreso. Geriatra y personal de enfermería responsable durante el ingreso.
7.- Presentación de la supervisora de la unidad al paciente y familia al ingreso. Marta Ruiz Mariscal.
8.- Recogida y registro, de manera estandarizada y estructurada, de la información necesaria para diagnosticar las necesidades del paciente según categoría profesional. Geriatra y personal de enfermería responsable durante el ingreso.
9.- Valoración del grado de satisfacción de los pacientes/familiares mediante una encuesta anónima. Un médico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

y un responsable de enfermería miembros del equipo de mejora.
10.- Valoración del grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima. Un médico y un responsable de enfermería miembros del equipo de mejora.

INDICADORES
Protocolo de valoración y documento de recogida de datos: Sí.
Mejora de resultados en cada escala al alta: 50%.
Cumplimentación del protocolo de valoración al ingreso: 65%.
Encuesta de satisfacción al paciente/familia: Sí.
Encuesta de satisfacción al personal sanitario implicado (médicos y enfermería): Sí.

DURACIÓN
Fecha de inicio: junio 2018.
Definición de los criterios de valoración según categoría profesional: Junio 2018.
Elaboración del protocolo y del documento: Junio -Septiembre 2018.
Elaboración del tríptico informativo: Junio-Septiembre 2018.
Realización de la valoración integral según categoría profesional: Octubre/18-Junio/19.
Entrega del tríptico informativo al paciente y familia al ingreso: Octubre/18-Junio/19.
Presentación del supervisor/a de la unidad al paciente y a la familia al ingreso: Octubre/18-Junio/19.
Evaluación: satisfacción del personal: Octubre/18-Junio/19.
Evaluación: satisfacción usuario: Octubre/18-Junio/19.
Propuesta de mejora: Junio 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 - 2018/1202

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL RODRIGUEZ HERRERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLERENCIA SIERRA MERCEDES
DEZA PEREZ CARMEN
RUIZ MARISCAL MARTA
CATALAN ESTEBANEZ OSCAR
FERNANDEZ LOZANO CARLOS
PEREZ RONCERO GONZALO RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El equipo de mejora de este proyecto, incluido en el Acuerdo de Gestión 2018 y 2019, se propuso los siguientes objetivos:

1- Inclusión de un documento desarrollado para la ayuda en la toma de decisiones clínicas a los profesionales sanitarios en la Unidad de Geriatría de Agudos (UGA).

2.- Asegurar la cumplimentación de dicho documento en los pacientes ingresados en Unidad de Geriatría de Agudos (UGA), por el médico responsable, al ingreso.

3.- Actualización del registro de toma de decisiones, cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable.
4.- Revisión mensual de la cumplimentación del documento por del equipo de mejora.

5.- Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería implicados mediante una encuesta anónima tras los primeros seis meses del inicio del proyecto.

Para llevar a cabo los objetivos marcados se han realizado las siguientes acciones:

Durante el año 2018 en primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica, previa a la realización de un documento que ayudara a la toma de decisiones en la práctica clínica de los profesionales sanitarios en nuestro medio. Posteriormente, dicho documento fue evaluado por la Unidad de Calidad del HUMS y aprobado por la Comisión de Historias Clínicas, incluyéndose en la práctica habitual de los profesionales sanitarios de la Unidad de Geriatría de Agudos (UGA), realizándose a todos los pacientes ingresados.
El equipo de mejora se ha encargado de asegurar la cumplimentación del documento al ingreso, así como la actualización del mismo a la semana de ingreso, o cambio sustancial en el curso clínico del paciente, realizando revisiones periódicas.

Durante el año 2019 se procedió a la elaboración de una hoja de cálculo Excel, para recoger y analizar los datos obtenidos: datos demográficos, la existencia o no de voluntades anticipadas y si se han consensuado o no las decisiones tomadas: RCP, UCI, medidas intensivas en planta (nutrición parenteral SNG; transfusión; drogas vasoactivas), tratamiento conservador en planta (tratamiento intravenoso; tratamiento subcutáneo; tratamiento antibiótico (exclusivamente sintomático).

Finalmente, se ha realizado una encuesta anónima a los facultativos de la UGA para valorar el grado de satisfacción. Dicha encuesta consta de cuatro preguntas: si ha utilizado el documento de adecuación del esfuerzo terapéutico; si le ha resultado de utilidad; si sería beneficioso continuar con su utilización y finalmente si está satisfecho con el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El periodo de recogida de datos ha sido de tres meses: 14 de octubre 2019 - 14 de enero 2020.

Durante este periodo de tiempo han ingresado en UGA un total de 171 pacientes, siendo mujeres 106 (62%). Los pacientes mayores de 90 años fueron 65 (38%). Proceden de domicilio al ingreso 132 (77%). L a estancia media de ingreso fue de 12.29 días.

En un total de 168 pacientes (98.2%) fue cumplimentado el documento de adecuación del esfuerzo terapéutico. Disponían de voluntades anticipadas 2 pacientes (1.16%). Las decisiones fueron consensuadas con familia o paciente en 108 casos (63.1%). Presentaban un índice de fragilidad leve (=0.36) 49 pacientes (28.65%). Candidatos a UCI/RCP resultaron 56 pacientes (32.7%) de los ingresados en UGA.

En relación a la encuesta de satisfacción realizada a los médicos de la UGA, el 100% de los encuestados ha utilizado el documento de adecuación del esfuerzo terapéutico, le ha resultado de utilidad e indican que sería beneficioso continuar con su utilización; aunque manifiestan resulta dificultoso por la escasez de recursos humanos en la Unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1202

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Con respecto a los indicadores marcados:

1. Inclusión de un documento desarrollado para la ayuda en la toma de decisiones clínicas a los profesionales sanitarios en la Unidad de Geriatría de Agudos (UGA). Resultado ESPERADO: SI. Resultado OBTENIDO: el documento ha sido incluido en las historias clínicas de la UGA, pero está pendiente de inclusión en historia clínica electrónica (HCE).
2. Nº de documentos cumplimentados en los pacientes ingresados en UGA, por el médico responsable, al ingreso del paciente. Resultado ESPERADO: =50%. Resultado OBTENIDO: 98.2%
3. Nº actualizaciones del registro de toma de decisiones cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable. Resultado ESPERADO: =50%. Resultado OBTENIDO: 13.4%
4. Revisión mensual de la cumplimentación del documento por el equipo de mejora. Resultado ESPERADO: SI. Resultado OBTENIDO: SI.
5. Valoración del grado de satisfacción de los profesionales médicos implicados mediante una encuesta anónima. Resultado ESPERADO: SI. Resultado OBTENIDO: SI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusión, la valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas, ha sido muy positiva.

El proceso de elaboración del documento de adecuación del esfuerzo terapéutico, requirió de una amplia revisión bibliográfica, teniendo especialmente en cuenta documentos de práctica clínica similares en nuestro entorno, que pudiesen ser de utilidad. Finalmente, se logró obtener un documento práctico, así como breve para su cumplimentación, que ayudara al personal sanitario en la toma de decisiones sobre el paciente, y facilitara a su vez, la labor asistencial de los facultativos de guardia en UGA.

No obstante, durante el desarrollo del proyecto, los profesionales médicos han detectado como inconveniente, la falta de tiempo en la práctica clínica diaria (en relación a la presión asistencial), para cumplimentar de forma consensuada con paciente o familia el documento.

Por último, se considera desde el equipo de mejora que para la sostenibilidad del proyecto se precisa:

- Aumento del tiempo disponible para mejorar la comunicación del personal sanitario con familiares y pacientes, favoreciendo el empoderamiento de estos últimos, siempre que sea posible.
- La inclusión del documento de adecuación del esfuerzo terapéutico en la HCE, para que otros profesionales sanitarios de Aragón tengan acceso a esta herramienta, ayudándoles en la toma de decisiones y adecuación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1202 ========== ***

Nº de registro: 1202

Título
ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Autores:
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, DEZA PEREZ CARMEN, CLERENCIA SIERRA MERCEDES, DOMINGUEZ BARRIOS PAULA, RUIZ MARISCAL MARTA, CATALAN ESTEBANEZ OSCAR, FERNANDEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatología
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El aumento de la esperanza de vida ha propiciado un aumento de la multimorbilidad, en su mayoría, enfermedades crónicas. Este cambio epidemiológico, exige un cambio en nuestra práctica clínica diaria.
El proceso de atención al paciente hospitalizado, y en mayor medida al anciano frágil, requiere de una continua toma de decisiones. Éstas han sido tomadas tradicionalmente por el personal sanitario (según el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1202

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

conocimiento científico y la experiencia de los profesionales), y en menor medida, por las preferencias expresadas por el paciente. Esto último, va tomando cada vez más importancia, especialmente si existen directrices previas, o si el paciente (o familiar) expresan su voluntad durante el ingreso.
En definitiva, es todo ello lo que nos ha motivado a iniciar este proyecto con el que se pretende mejorar la atención al paciente anciano frágil, fomentando el trabajo interdisciplinar y la participación del mismo (o familiar) en la toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Diseñar un documento para incluir en la historia clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriatría de agudos(UGA),que ayude en la toma de decisiones a los profesionales sanitarios; en la que se recoja:
-Motivo del ingreso.
-Existencia de voluntades anticipadas.
-Indice frágil-VIG.
-Indicación de reanimación cardiopulmonar o no.
-Indicación de aviso a UCI.
-Indicación de medidas intensivas en planta (Nutrición parenteral/enteral por SNG; Transfusión; Drogas vasoactivas)
-Indicación de medidas conservadoras en planta (tratamiento intravenoso, subcutáneo, antibiótico, exclusivamente sintomático).
2. Asegurar la cumplimentación del documento en los pacientes ingresados en UGA.
3. Actualización del registro de toma de decisiones, cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable y por enfermería.
4. Revisión mensual de la cumplimentación del documento.
5. Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.

MÉTODO
1.- Diseñar un documento para incluir en la historia clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriatría de agudos (UGA),que ayude en la toma de decisiones a los profesionales sanitarios. Carmen Deza Pérez.
2.- Asegurar la cumplimentación del documento en los pacientes ingresados en UGA. Todo el equipo de mejora.
3.Actualización del registro de toma de decisiones cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable y por enfermería.El médico responsable y un enfermero/a.
4.- Revisión mensual de la cumplimentación del documento. Todo el equipo de mejora.
5.- Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima. Raquel Rodríguez, Marta Ruiz, Carlos Fernández.

INDICADORES
1 Realización del documento. Si
2. Inclusión del mismo en la Historia Clínica.Sí
3.Cumplimentación del documento durante el ingreso hospitalario, por el médico y enfermero/a responsable, al ingreso del paciente.(>ó=50%).
4.Revisión semanal de los cumplimentados al ingreso, por el médico responsable, hasta el alta o fallecimiento del paciente, o cuando se requiera por cambio significativo del estado clínico del paciente. (>ó=50%)
5.Reunión mensual del equipo de mejora para revisar la cumplimentación del documento. Si
6.. Tras los primeros seis meses del inicio del proyecto, se pasará una encuesta de satisfacción a todos los sanitarios (médicos y enfermería) implicados, de forma anónima para valorar el grado de satisfacción y la utilidad que encuentran (en el caso de que así sea). Si

DURACIÓN
-Diseñar el documento de la Historia clínica: junio/18.
-Inclusión del mismo en la Historia Clínica: julio-septiembre/18.
-Cumplimentación del documento: septiembre/18-marzo/19.
-Revisión mensual:septiembre/18-marzo/19.
-Encuesta de satisfacción: abril-mayo/19.
-Propuesta de mejora del documento de adecuación del esfuerzo terapéutico.mayo/19.

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 - 2019/0941

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA VIVIFRAIL EN GERIATRIA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LIRIA GRACIA CUADRADO
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES IGLESIAS MARIA JOSE
CABEZON SAN JUAN MARIA VIRGINIA
SANCHEZ PRADO MARIA DEL PERPETUO SOCORRO
LATORRE GRACIA SONIA
GARCIA FERNANDEZ LORENA
VILLABONA JIMENEZ MARIA
DE VAL LAFAJA ALODIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Más de dos charlas divulgativas sobre la idoneidad de la tabla de ejercicios multicomponente Vivifrail en pacientes ingresados en Unidad Geriátrica de Agudos. Son ejercicios que mejoran la fuerza, el equilibrio y la coordinación, repercutiendo de una forma positiva en su grado de funcionalidad, disminuyendo así su fragilidad.
Plastificar las ruedas de Vivifrail descargadas de la web (gratuita), pautadas de forma individualizada a los pacientes ingresados cuando el médico que tienen asignado autoriza la realización de los ejercicios. Ejercicios pautados según grado de dependencia:
- A: con limitación grave de la movilidad, discapacitado, con riesgo de caídas.
- B: con limitación moderada de la movilidad, frágil, con/sin riesgo de caídas.
- C: con limitación leve de la movilidad, prefrágil, con/sin riesgo de caídas.
- D: sin limitación de la movilidad (SPPB 10-12, vel. Marcha (6 m.) > 1 m./seg).

Elaboración de pesas con botellas de plástico rellenadas con arena o agua y bolas de prensión compuestas por globos de arroz o espuma.
Compra de pizarra para actualizar diariamente los pacientes incluidos en el programa.
Solicitud de colaboración de voluntarios de Aragón a través de formulario facilitado por coordinadora aragonesa de voluntariado, María Ríos, trabajadora social, para acompañar a aquellos pacientes que no tienen acompañante.
Disminución del riesgo de caídas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tres charlas impartidas para divulgar la necesidad del ejercicio multicomponente Vivifrail en pacientes ingresados en Unidad Geriátrica de Agudos.

Presentación del programa en el I encuentro de Salud Comunitaria y XVIII Jornada de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud celebradas los días 27 y 28 de noviembre de 2019 con facilitación de la información a centro de salud de Utebo por ser de utilidad al grupo de atención de sus mayores.

81 ruedas facilitadas desde el uno de abril de 2019 hasta el uno de enero de 2020.

Indicadores:
- Folletos facilitados x 100 / Nº de pacientes ingresados > 10% = 81X100/746 = 11 %
- Pacientes del grupo A atendidos / Nº de pacientes ingresados = 67/746 = 0,09
- Pacientes del grupo B atendidos / Nº de pacientes ingresados = 14/746 = 0,02
- Pacientes del grupo C atendidos / Nº de pacientes ingresados = 0
- Pacientes del grupo D atendidos / Nº de pacientes ingresados = 0
- Caídas durante el ingreso: 0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos alcanzado el porcentaje acordado en la última reunión pero, marcar inicialmente un 80% de pacientes incluidos en el programa y disminuirlo a un 10% por falta de personal implicado no nos parece correcto. También han influido en los resultados alcanzados el elevado porcentaje de pacientes dependientes y paliativos atendidos y el grado de complejidad que con frecuencia asocian.
Debemos impartir una nueva charla en la Unidad de Geriatría, abierta a todo el hospital, para añadir la realización de los ejercicios como un apartado más del tratamiento del paciente ingresado en Unidad Geriátrica de Agudos, porque la evidencia científica nos respalda y las diferentes guías de otras especialidades emitidas en los últimos años (Insuficiencia cardíaca, EPOC, insuficiencia renal crónica, rehabilitación, oncología…) aconsejan la realización de ejercicio físico para mejorar la situación global de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.
Esperamos mejorar los resultados durante este año 2020.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0941

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA VIVIFRAIL EN GERIATRIA

*** ========== Resumen del proyecto 2019/941 ========== ***

Nº de registro: 0941

Título
IMPLANTACION DE PROGRAMA VIVIFRAIL EN GERIATRIA

Autores:
GRACIA CUADRADO LIRIA, MORALES IGLESIAS MARIA JOSE, CABEZON SAN JUAN MARIA VIRGINIA, SANCHEZ PRADO MARIA DEL PERPETUO SOCORRO, LATORRE GRACIA SONIA, GARCIA FERNANDEZ LORENA, VILLABONA JIMENEZ MARIA, DE VAL LAFAJA ALODIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H GENERAL DE LA DEFENSA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías agudas que motivan ingreso en Unidad Geriátrica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El proyecto VIVIFRAIL es un programa gratuito educacional de ejercicio multicomponente centrado en el tratamiento de la fragilidad a través de la prescripción de ejercicio físico de forma individualizada. El concepto de salud en personas mayores debe medirse en términos de función y no sólo por la suma de diferentes patologías.
La fragilidad es un síndrome geriátrico que ocurre durante el envejecimiento y se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica ante una situación de estrés. Se relaciona estrechamente con la sarcopenia o pérdida de masa muscular relacionada con la inmovilidad. La prevalencia de fragilidad en mayores de 65 años no institucionalizados en España puede llegar al 21%. Conlleva peores resultados clínicos, mayor morbimortalidad y mayor discapacidad. Ejercicios físicos que mejoren la fuerza, el equilibrio, y la coordinación repercutirán de una forma positiva en su grado de autonomía. Su grado de funcionalidad va a condicionar la expectativa y calidad de vida posteriores al ingreso.
Los estudios consultados revelan que la prescripción de ejercicio físico debe adaptarse cuidadosamente a cada individuo para proporcionar un estímulo suficiente que mejore la capacidad funcional de los sujetos frágiles, mejorando así su situación de vulnerabilidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal:
Incluir a los pacientes ingresados en Unidad Geriátrica de Agudos en programa Vivifrail en el momento en el que se encuentren estabilizados (lo prescribirá el médico que tengan asignado).

Objetivos secundarios:
- formación del personal sanitario y los cuidadores capacitados para la realización de los ejercicios del programa a través de charlas y folletos informativos.
- Disminución del riesgo de caídas.
- Disminución de la fragilidad.

MÉTODO
Más de dos charlas informativas al año para la formación y divulgación diaria de los ejercicios físicos recomendados según el perfil del paciente en el momento en el que se autorice la realización de los mismos:
- A: con limitación grave de la movilidad, discapacitado, con riesgo de caídas.
- B: con limitación moderada de la movilidad, frágil, con/sin riesgo de caídas.
- C: con limitación leve de la movilidad, prefrágil, con/sin riesgo de caídas.
- D: sin limitación de la movilidad (SPPB 10-12, Vel. Marcha (6M.): > 1 m./seg.)

INDICADORES
Indicadores:
- Folletos facilitados x 100 / Nº de pacientes ingresados > 80%
- Pacientes del grupo A atendidos / Nº de pacientes ingresados
- Pacientes del grupo B atendidos / Nº de pacientes ingresados
- Pacientes del grupo C atendidos / Nº de pacientes ingresados
- Pacientes del grupo D atendidos / Nº de pacientes ingresados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0941

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA VIVIFRAIL EN GERIATRIA

Evaluación anual del grado de cumplimiento de los ejercicios pautados durante el ingreso.

DURACIÓN
Del uno de abril de 2019 al uno de abril de 2020.

OBSERVACIONES
El personal sanitario que entre en contacto con el paciente y sus cuidadores, recordará la realización de los ejercicios pautados a diario a partir del momento en el que se prescriba el inicio de los mismos.
Los ejercicios vienen pautados con número de series y repeticiones aconsejadas.

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 - 2018/1293

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001 HOSPITAL DE DIA SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE ..... ANASTASIA PILAR AULES LEONARDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARRA SALINAS INGRID MAGNOLIA
GALEGO VIZOSO TERESA
FERNANDEZ CASTRO BELEN
ZAPATA SALINAS ANA CRISTINA
IZQUIERDO GARCIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. Durante el año 2018, hemos sido evaluados mediante:
-Auditoría Interna: 22/02/2018.
-Revisión por la Dirección: 03/05/2018.

Nuestros objetivos del 2018 han sido:

1) Objetivo 1: Comprobación de grupo sanguíneo ABO y RH en la cabecera del paciente. Resultado: hasta el momento no ha habido ninguna incidencia en la implantación de la sistemática de la comprobación del grupo ABO en la cabecera del paciente. Se considera alcanzado el objetivo.

2) Objetivo 2: Ampliar la cartera de servicios del Hospital de Día de Hematología a los tratamientos de mantenimiento de las leucemias agudas linfoblásticas y leucemias agudas promielocíticas, con el fin de evitar que tengan que ingresar cada mes. Resultado: se han administrado tratamientos para leucemias agudas promielocíticas y linfoblásticas sin incidencias, y sobre todo evitando el ingreso en planta de los pacientes; todo de manera ambulatoria, con la mejoría: en calidad de vida que eso supone para nuestros pacientes y en ahorro al hospital por no ingresar a los mismos. Se considera conseguido el objetivo.

Nuestros indicadores del 2018 han sido:

- Indicador “Gestión de tratamiento”: Porcentaje de pacientes con demora en la administración de tratamiento en HD por no disponibilidad de sillones/camas (Estándar 5%). Resultados: 0%/0%.
- Indicador “Gestión de tratamiento”: Porcentaje de reducción de ingresos programados en planta 6ª (hospitalización Hematología) (Estándar 10%). Resultados: 15.69%.
- Indicador “Gestión de informes”: Porcentaje de pacientes con hemopatías malignas en tratamiento en hospital de día que disponen de informe médico en la intranet. (Estándar 50%). Resultados: 65%/72%. (Este estándar lo hemos subido de 30 al 50%, porque nos parecía demasiado laxo).
- Indicador “Interconsultas”: % de segunda solicitud de colaboración por el mismo paciente antes de una semana*. (Estándar 2%). Resultados: 0%/0% (Este estándar lo hemos bajado del 5 al 2%, porque nos parecía demasiado laxo).
- Indicador “Satisfacción global de HD”: Valoración de la satisfacción por la atención en hospital de día a través de una encuesta. (Estándar 8. Resultados: 8.8/8.8)

Para el año 2019 nos hemos marcado dos objetivos en el Hospital de Día de Hematología:

- Objetivo 1: Instauración de la Historia Clínica Electrónica.
- Objetivo 2: Racionalizar la gestión de la competencia del personal, tratando de paliar la rotación a la que está sometido debido al sistema de contratación.

Necesidades de recursos:

- Mejora de la estructura física: dos despachos médicos y uno de enfermería, un estar de enfermería, sala de espera para pacientes, acceso de los pacientes al área de personal administrativo del HD para citaciones, gestión de ambulancias, justificantes, etc.
- Mejora de recursos humanos: consulta de Enfermería en HD (ya aprobada por Dirección de enfermería), inicialmente se propone al menos 2 horas al día. Auxiliar de enfermería para cada consulta médica.
- Mejora de la optimización de recursos: vamos a abordar la reorganización del servicio para optimizar nuestros sillones/camas y aprovechar el horario de 8-22h. Ya se han tomado algunas medidas como las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1293

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001 HOSPITAL DE DIA SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

relacionadas con la administración de Inmunoglobulinas IV.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. Hemos logrado mantener la certificación según norma UNE-EN ISO 9001en el Hospital de Día de Hematología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. El Hospital de día del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario Miguel Servet tiene la certificación según norma UNE-EN ISO 9001 desde 2016. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto, el compromiso del Hospital de día del Servicio de Hematología y Hemoterapia es mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 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 o potenciales. Nuestro planteamiento es mantener la certificación UNE-EN ISO 9001

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0615

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 PARA EL AÑO 2019 Y AMPLIACION DE ALCANCES EN EL AREA DE COAGULACION ESPECIAL

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA IBORRA MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LATORRE MARCELLAN PEDRO
FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
LASALA VILLA ANA MARIA
BARBERO NEILA CAROLINA
ZORZANO VALERO ANUNCIATA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Todas las actividades realizadas en este proyecto están encaminadas a sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditorías, seguimiento de objetivos e indicadores, gestión de las no conformidades, incidencias, etc) para la mejora continua según la norma UNE-EN ISO 15189.
Las actividades planteadas y ejecutadas durante el año 2019 para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en una serie de actuaciones que se van desarrollando de forma paralela y continuada durante todo el año.
A continuación se exponen dichas actividades:
1. Revisión y actualización de los procedimientos, formatos y registros ya incluidos en el SGC en años anteriores.
2. Elaboración de los nuevos procedimientos, formatos y registros necesarios para la ampliación de la acreditación en el área de hemostasia especial solicitada para el año 2019.
3. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos.
4. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad.
5. Participación en programas de evaluación externa de la calidad.
6. Realización de auditorías internas a los Centros de Salud incluidos en nuestro SGC.
7. Realización de la Revisión por la Dirección.
8. Realización de la Auditoría interna y resolución de las No Conformidades derivadas de la misma.
9. Realización de la Auditoría externa de ENAC y resolución de las No Conformidades derivadas de la misma.
Con la ampliación del alcance en la sección de hemostasia especial se realizaron reuniones con todo el personal de la sección implicada para poner en marcha todo el SGC de una manera activa. Se elaboraron todos los procedimientos necesarios para su implantación, así como los formatos necesarios para registros de incidencias, controles internos y externos, mantenimientos de equipos, objetivos e indicadores, etc.
Se han realizado también reuniones de todos los implicados en el resto de secciones acreditadas: una mensual hasta la auditoría externa en junio y un total de 3 más para la resolución de las NC de la auditoría externa.
El calendario de actividades realizadas durante el año 2019 fue el siguiente:
- Reuniones para la revisión y actualización de los procedimientos, formatos y registros de las áreas ya acreditadas. Primer trimestre de 2019.
- Reuniones con el personal de la sección de coagulación especial implicada en poner en marcha todo el SGC para la ampliación (realización de nuevos procedimientos, objetivos, registro de incidencias, etc) Primer trimestre de 2019.
-Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos. Trimestralmente.
-Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad. La revisión del cumplimiento se realiza de forma trimestral.
- Participación en programas de evaluación externa de la calidad. Según calendarios individualizados. La revisión del cumplimiento se realiza de forma trimestral.
- Realización de la Auditoría Interna de los distintos laboratorios. Se llevó a cabo los días 20-21-22 de febrero 2019.
- Resolución de No Conformidades de la Auditoría Interna. 2º trimestre de 2019.
- Realización de la Revisión por la Dirección. Donde se expusieron los resultados del SGC del año 2018 y la previsión para el 2019. Se realizó el día 24 de mayo de 2019.
- Realización de la Auditoría Externa por parte de ENAC. Se llevó a cabo los días 3-4 de junio 2019
- Resolución de No Conformidades de la auditoría externa. Las aclaraciones solicitadas por el equipo auditor se fueron realizando durante el 3er y 4º trimestre de 2019.
- Realización de auditorías internas a los Centros de Salud incluidos en nuestro SGC (CS Almozara, CS Fernando el Católico, CS Fuentes Norte, CS Puerta del Carmen, CS Rebolería, CS San Pablo, CS Torre Ramona, CS San Pablo, CS Torrero-la Paz, CS Actur Norte, CS la Jota, CS Santa Isabel, CS Villamayor, CS Zuera). Dichas auditorías se han ido realizando a lo largo del año 2019.
- Todas estas actividades realizadas durante el año 2019 traen como consecuencia la mejora continua del SGC a través de la sistematización y la mejora en la utilización de la información obtenida (informes de auditorías, objetivos e indicadores, no conformidades, incidencias).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0615

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 PARA EL AÑO 2019 Y AMPLIACION DE ALCANCES EN EL AREA DE COAGULACION ESPECIAL

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo principal del proyecto es el mantenimiento de la acreditación UNE-EN ISO 15189 para el año 2019 en las áreas del laboratorio ya acreditadas así como la ampliación del alcance acreditado con la incorporación de nuevas determinaciones en el área de hemostasia especial.
Para la consecución de dicho objetivo se plantean una serie de objetivos secundarios en las áreas acreditadas y en las de ampliación:
1.- En la fase preanalítica, objetivo 1: Determinar y valorar los CS con más incidencias en hemostasia y hematimetría básica. Se valoraron los 5 CS de mayor nº de incidencias. Las incidencias registradas fueron (muestras coaguladas en hemostasia y hematimetría, muestras insuficientes en hemostasia y muestras no recibidas en hemostasia y hematimetría) Como indicador: % de incidencias por centros de salud. Límite propuesto: < 10%. Analizados los indicadores todos estaban por debajo del límite establecido (<10%) excepto en muestras no recibidas de hemostasia básica, que suelen estar incluídos en PES y de los que no se obtiene muestras por error.
2.- En la fase preanalítica, objetivo 2: Determinar el número de muestras insuficientes en hemostasia especial. Indicador: % de muestras insuficientes en hemostasia especial. Límite propuesto: <5%. Se cumple el indicador ya que no se registran incidencias de muestras insuficientes > al 5%. Esto es debido a que la mayoría de las extracciones de dichas muestras se realizan en las consultas de hematología por personal cualificado, esto es importante ya que no hay que rechazar estudios por esta causa y no es necesario solicitar nueva muestra con lo que no se retrasan los estudios solicitados
3.- En la fase analítica, objetivo 1: Incumplimientos de actividades de control interno en hemostasia especial y hematimetría básica. Indicador: % de incumplimiento del control interno. Incumplimiento del control interno/ Cumplimiento del control interno. Límite <10%. El resultados de este indicador es correcto, se realizan los controles internos de manera sistemática en todas las secciones y aparatos.
4.- En la fase analítica, objetivo 2: Incumplimientos de actividades de control externo en hemostasia especial y hematimetría básica. Incumplimiento del control externo/ Cumplimiento del control externo. Límite <5%. El resultado establecido es el deseado se cumple el límite establecido de forma correcta. Se han realizado todos los controles externos en todas las áreas. Atendiendo al área de ampliación, el área de coagulación especial, todos ellos la valoración ha sido satisfactoria.
5.- En fase postanalítica, objetivo 1: Tiempo de respuesta de analíticas de rutina de pacientes hospitalizados. Indicador: hora de recepción de muestras- hora emisión del informe. El tiempo de respuesta en el caso de análisis de rutina de pacientes hospitalizados es similar al tiempo de respuesta en caso de análisis de urgencia, en torno a las 2 horas. Esto es importante dada la necesidad de que los informes de los pacientes hospitalizados, aunque sean de rutina deben de realizarse de forma ágil y llevar un tratamiento especial, dando prioridad a su realización frente a análisis que procedan de otros ámbitos (por ejemplo: Atención Primaria y consultas de especialidades)
6.- En fase postanalítica, objetivo 2: Tiempo de respuesta de determinaciones de hemostasia especial. Indicador: hora de recepción de muestras- hora emisión del informe. Límites según determinación (Existe un listado de tiempos de respuesta de dichas determinaciones ya que varían según la determinación o tipo de informe que se emita). Dada la ampliación en la acreditación de dichas determinaciones es importante evaluar el tiempo de respuesta. Se comprueba que en el 100% de los informes, el tiempo de emisión del informe es inferior al tiempo de respuesta establecido para cada tipo de prueba de hemostasia especial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En cuanto a los objetivos propuestos en este proyecto se han cumplido satisfactoriamente, con el mantenimiento de la acreditación de las áreas ya acreditadas y con la acreditación del área de coagulación especial como ampliación.
En cuanto a los objetivos secundarios se han evaluado y son cumplidos en casi su mayoría. Se ha detectado un problema en el objetivo de la preanalítica en relación a muestras no recibidas de distintos centros de salud, con este resultado se está trabajando para determinar cuáles son las causas y poner solución. Se plantea un nuevo objetivo para el año que viene con el fin de valorar si las medidas planteadas mejoran el problema.
Para el buen funcionamiento del SGC es necesario contar con una serie de recursos tanto materiales como personales.
El mantenimiento de un SGC no es una tarea fácil, sobre todo en el ámbito en el que se desarrolla este proyecto. Durante todo el proceso de mantenimiento y sobre todo ampliación de la acreditación se producen numerosos cambios de personal que evidentemente afectan a la estabilidad del sistema. Durante este año 2019 se ha presentado la solicitud de acreditación de las pruebas de la sección de coagulación especial, y se ha contado con todo el personal de la sección para ello. Dicho personal ha sido formado para poder realizar dicha acreditación de manera satisfactoria. Personal que a día de realización de la auditoría externa por ENAC había sido sustituido por personal nuevo.
Por otro lado, recordar que todo el SGC se sustenta por profesionales que realizan su labor asistencial al margen de esta actividad que se sobreañade a su presión asistencial ya de por sí excesivo.
Como conclusión final hay que resaltar que el resultado de la auditoría interna fue satisfactorio con la resolución de las No Conformidades en todas las áreas.
Tras la realización de la auditoría externa en junio de 2019 ENAC emitió el certificado el 15 de noviembre de 2019 con el acuerdo de mantener y ampliar la acreditación de los laboratorios y con nueva fecha de seguimiento en noviembre de 2020.
Sería conveniente para que el SGC se mantenga de forma satisfactoria dar a las personas implicadas en su mantenimiento formación y tiempo específico dentro de su labor asistencial para poder llevar a cabo esta actividad que es en beneficio de todo el sistema.
Mantener la acreditación de los laboratorios no sólo es importante para ellos, hay que tener en cuenta que de la acreditación dependen distintas actividades de otros servicios del hospital (ensayos clínicos, por

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0615

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 PARA EL AÑO 2019 Y AMPLIACION DE ALCANCES EN EL AREA DE COAGULACION ESPECIAL

ejemplo).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/615 ========== ***

Nº de registro: 0615

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 PARA EL AÑO 2019 Y AMPLIACION DE ALCANCES EN EL AREA DE COAGULACION ESPECIAL

Autores:
IBORRA MUÑOZ ANA, FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA, CALVO VILLAS JOSE MANUEL, LASALA VILLA ANA MARIA, BARBERO NEILA CAROLINA, ZORZANO VALERO ANUNCIATA, LATORRE MARCELLAN PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no aplica
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El laboratorio de hematología del HU Miguel Servet está acreditado según la norma ISO: 15189 para laboratorios de análisis clínicos. Desde el año 2009 se ha mantenido dicha acreditación y se han ido ampliando los alcances acreditados.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad supone la necesidad de mejorar de forma continuada, siendo el compromiso del Servicio de Hematología mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados.
Para ello se establecen objetivos e indicadores que permiten medir este proceso de forma periódica mediante un sistema de mejora contínua, así como detectar posibles errores y riesgos reales o potenciales en todos los procesos del sistema (fases preanalítica, analítica y postanalítica).
Nuestra propuesta como proyecto de mejora es el mantenimiento de dicha certificación para el año 2019 así como la ampliación del alcance acreditado con la incorporación de nuevas determinaciones en el área de hemostasia especial, mediante el compromiso de los profesionales implicados en ella.
Para ello es necesario conseguir los objetivos planteados para este período por parte del laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es mantener la acreditación en las áreas conseguidas y ampliar la acreditación en el área de coagulación especial del laboratorio de hematología del HU Miguel Servet para el año 2019 en las siguientes determinaciones:
INR, Actividad de Protrombina, Tiempo de Protrombina, Tiempo de Tromboplastina parcial activada, Tiempo de Tromboplastina parcial activada-Ratio, Tiempo de Trombina, Tiempo de Trombina-Ratio, Fibrinógeno derivado Fibrinógeno Clauss,Antitrombina, Factor II coagulométrico, Factor V coagulométrico, Factor VII coagulométrico, Factor VIII coagulométrico,Factor VIII cromogénico, Factor IX coagulométrico, Factor X coagulométrico, Factor XI coagulométrico, Factor XII coagulométrico, Factor XIII antigénico, Resistencia Proteína C Activada- Ratio, Anticoagulante Lúpico: Veneno de la víbora de Rusell diluido, Anticoagulante Lúpico: Silica Clotting Time, Von Willebrand Factor antigénico, Von Willebrand Factor Cofactor Ristocetina, Von Willebrand Factor Collagen Binding, Proteína C cromogénica, Proteína S libre, heparina no fraccionada,Heparina de bajo peso molecular, Trombocitopenia inducida por Heparina, Plasminógeno, Homocisteína
Como objetivo secundario conseguir los objetivos propuestos por el laboratorio para 2019 en los distintos procesos del sistema (fase preanalítica, analítica y postanalítica)

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditorías, seguimiento de objetivos e indicadores, gestión de las no conformidades, incidencias, etc) para la mejora continua según la norma UNE-EN ISO 15189
Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0615

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 PARA EL AÑO 2019 Y AMPLIACION DE ALCANCES EN EL AREA DE COAGULACION ESPECIAL

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros.
2. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos.
4. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad.
5. Participación en programas de evaluación externa de la calidad.
6. Realización de la Revisión por la Dirección.
7. Auditoría interna.
8. Auditoría externa de ENAC.

INDICADORES
En la fase preanalítica:
1. Número de incidencias por centros de salud, para valorar aquellos en los que hay que hacer una labor preventiva y
2. Número de muestras insuficientes, incidencia determinante en la sección de coagulación especial donde es motivo de anulación de estudios.
En la fase analítica:
1. Cumplimiento del control de calidad interno.
2. Cumplimiento del control de calidad externo (teniendo especial atención en el área de ampliación, coagulación especial).
En fase postanalítica:
1. Tiempo de respuesta (haciendo hincapié en el resultado de los pacientes hospitalizados, así como valorando el cumplimiento en el tiempo de respuesta de las determinaciones de la coagulación especial).

DURACIÓN
Inicio: enero 2019
Fin: diciembre 2019
Revisión del sistema de calidad: 2º trimestre 2019.
Auditoría interna: febrero 2019.
Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría interna 2019: febrero/marzo 2019.
Auditoría externa: mayo 2019.
Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría externa del 2019: Junio/octubre 2019.
Formación de los profesionales: de enero a 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 - 2019/1377

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 26/02/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COSTILLA BARRIGA LISETTE
AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR
DE RUEDA CILLER BEATRIZ
ANSO OLIVAN VICTOR
GALEGO VIZIOSO MARIA TERESA
BELLIDO PEREZ MARIA PILAR
DELGADO BELTRAN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
De las actividades previstas en este proyecto para el año 2019, se han realizado las siguientes:
- Sesiones semanales (Martes) intraservicio con el objetivo de comentar y programar las fechas de aféresis de los pacientes, cuadrar las pruebas pre trasplante de donante y receptor en el caso de trasplante alogénico, discutir la indicación o no de auto/alo trasplante, organizar los ingresos y fechas de infusión de progenitores de los diferentes pacientes tanto del Hospital Miguel Servet como de los pacientes derivados de los Hospitales comarcales que nos remiten pacientes (Alcañiz, Teruel, Barbastro, Royo Villanova y Hospital Clínico).
- Se ha constituido un grupo multicéntrico con uno o varios representantes, facultativos de Hematología, de todos los Hospitales de Aragón. Nos estamos reuniendo de forma periódica mensual (último lunes de cada mes)de forma presencial con Hospital Clínico y Royo Villanova, y mediante videoconferencia con Barbastro, Huesca, Teruel, Alcañiz y Calatayud, con el objetivo de comentar pacientes nuevos candidatos a trasplante, seguimiento de pacientes ya trasplantados que precisan revisiones tanto en el Hospital Miguel Servet (consulta de trasplante) como en sus Hospitales de procedencia, comentar dudas y organizar fechas de ingreso y/o consulta.
- Se están citando pacientes de forma “virtual”, es decir, se les da una cita tanto en Hospital de Día de Hematología como en la consulta de trasplante pero el paciente se realiza los análisis en su centro u Hospital de referencia y el día dela citación se le llama por teléfono con los resultados para modificar tratamiento o resolver dudas de dicho paciente. Aunque de momento no se ha comentado en Citaciones, el objetivo es que dichos pacientes aparezcan citados de forma diferente para distinguirlos de los citados que van a acudir presencialmente a la consulta.
- Se ha establecido comunicación con el Servicio de Bioquímica para consensuar y elaborar perfiles de seguimiento post Trasplante, con el objetivo de no repetir pruebas innecesariamente.
- Se han comenzado a implementar Cuestionarios de Salud (SF-36) en pacientes durante el post trasplante (mes +3, +6 y +12). El SF-36 fue desarrollado durante el Medical Outcomes Study (MOS) para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. Proporciona un método exahustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. El SF-36 está diseñado para ser auto-administrado, administrado por teléfono, o administrado durante una entrevista cara a cara.

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

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

Las sesiones multicéntricas con facultativos de Hematología de los diferentes centros de Aragón han favorecido la citación y posterior realización de pruebas pre trasplante en el centro de referencia (que habitualmente se consigue realizar en un periodo de tiempo adecuado), la información del seguimiento del paciente al facultativo remitente desde el centro trasplantador, la realización de pruebas diagnósticas en un centro u otro durante el periodo post trasplante, e incluso la recogida de medicación de farmacia hospitalaria en sus centros de referencia, que evita que el paciente deba trasladarse a Zaragoza únicamente por este motivo. La intención es "oficializar" este grupo y/o constituirlo como subgrupo dentro de la Sociedad Aragonesa de Hematología, aunque de momento no ha sido posible.

La consulta virtual se realiza en pacientes que presentan buen estado general, no presentan complicaciones post trasplante y están ya con inmunosupresión en descenso o ya suspendida. Se trata de pacientes que viven en comarcas alejadas de Zaragoza (Alcorisa, Graus, Alcañiz, Monzón, por ejemplo) y a los que le supone una molestia importante tanto personal como familiar el hecho de trasladarse quincenalmente a Zaragoza.
Para ellos supone un alivio el poder realizarse las analíticas en sus centros de referencia y saber que su

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

1. TÍTULO

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

Hematólogo habitual se pondrá en contacto con ellos para informarles de los resultados y comentar tanto las posibles complicaciones que puedan surgir como la fecha de la próxima cita.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En cuanto a los objetivos propuestos en este proyecto, se han cumplido algunos de los más importantes, quedando pendiente uno de ellos que se considera fundamental para mejorar el manejo ambulatorio del paciente trasplantado. Este es la creación de un grupo interdisciplinar intrahospitalario para mejorar el diagnóstico, la atención, la derivación y el seguimiento de pacientes con complicaciones agudas y/o crónicas secundarias al proceso de trasplante. Se ha iniciado una aproximación en este aspecto con los Servicios de Digestivo, Neumología, Reumatologia y Rehabilitación, con el objetivo de remitir al paciente a una consulta especializada en el manejo de las complicaciones clásicas de estos pacientes. Quedan pendientes de incluir en este grupo Servicios fundamentales como Oftalmología, Dermatología y Psicología.
Sería conveniente que las personas implicadas en la realización de éste proyecto, pudiéramos disponer de tiempo específico dentro de nuestra labor asistencial para poder llevar a cabo todos los protocolos previstos, puesto que es en beneficio de todo el sistema (reducción de ingresos de paciente en el periodo post trasplante, mejoría de su calidad de vida, evitar la repeticion de pruebas innecesarias, sobrecarga de trabajo en Centro trasplantador)

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1377

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
El trasplante aloge´nico de me´dula o´sea sustituye la hemopoyesis defectuosa del paciente por una normal de un donante sano. Estos pacientes tienen un elevado riesgo de complicaciones a corto como a largo plazo, por lo que se benefician seguimiento multidisciplinar. Las complicaciones más frecuentes son:
a. Enfermedad de injerto contra receptor aguda (EICRa):
b. Enfermedad de injerto contra el receptor cro´nica (EICRc).
c. Infecciones: durante los primeros meses pos trasplante,
d. Disfuncio´n neuroendocrina: problemas tiroideos (hipo e hipertiroidismo), insuficiencia adrenal, disfuncio´n gonadal, infertilidad... son complicaciones habituales en la fase tardi´a posTPH.
e. Problemas musculoesquele´ticos: osteoporosis, miopati´as, necrosis avascular...
f. Si´ndrome metabo´lico
g. Complicaciones renales
h. Los si´ndromes linfoproliferativos posTPH
i. Segundas neoplasias

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

1. TÍTULO

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

j. Adaptacio´n psicosocial

RESULTADOS ESPERADOS
a. Evaluar la actividad el programa de trasplante auto´logo y aloge´nico de donante emparentado.
b. Crear un grupo de trabajo multice´ntrico de trasplante con facultativos de todos los centros hospitalarios de Arago´n, con reuniones mensuales.
d.. Crear un grupo interdisciplinar intrahospitalario para mejorar el diagno´stico, la atencio´n, la derivacio´n y el seguimiento de los pacientes con complicaciones agudas y/o cro´nicas secundarias al trasplante. Debe incluir un anatomopato´logo, hemato´logo de hospitalizacio´n, dermato´logo, oftalmo´logo, digesto´logo, gineco´logo, uro´logo,, reumato´logo y un psicólogo. Periodicidad bimensual.

MÉTODO
a. Realizar sesiones semanales intraservicio para organizar la lista de espera de trasplante.
b. Constituir un grupo de trabajo multidisciplinar intrahospitalario que mejore la organizacio´n del programa de trasplante de PH del HUMS
c. Realizar protocolos de actuacio´n en el a´mbito del trasplante:
o Protocolo de profilaxis de EICR
o Protocolo de manejo de la EICR aguda (circuito de diagno´stico ra´pido)
o Actualización del protocolo de manejo de la EICR cro´nica (circuito de diagno´stico ra´pido)
o Protocolo de esquemas de acondicionamiento pretrasplante
d. Crear una ¨consulta telefo´nica" que evite desplazamientos innecesarios a los pacientes.
e. Consensuar junto el Sº de Bioqui´mica perfiles analíticos para seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, y niveles de inmunosupresores.
f. Elaborar de un protocolo de actuacio´n de forma ambulatoria ante un EICHc, incluyendo te´cnicas disponibles.
g. Implementar escalas de calidad de vida: Las encuestas ma´s utilizadas para pacientes adultos sometidos a alo TPH son The Short-form (SF-36) y la FACT-BMT.
h. Crear de un grupo multice´ntrico con facultativos de Hematologi´a de todos los centros hospitalarios de Arago´N

INDICADORES
1. Numero de sesiones intraservicio anuales documentadas mediante acta.
2. Nu´mero de sesiones interdisciplinares hospitalarias anuales. documentadas mediante acta.
3. Nu´mero de sesiones multice´ntricas anuales documentadas mediante acta.
4. Realizacio´n de 2 protocolos anuales. si/no
5. Implementacio´n consulta telefo´nica: si/no
6. Realizacio´n de perfiles postrasplante: si/no
7. Porcentaje de pacientes con encuesta de calidad de vida. 50%

DURACIÓN
2 AÑS

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 - 2019/0925

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN ADULTOS A PARTIR DE 45 AÑOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO EZPELETA ASCASO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DUEÑAS JOLLARD SANDRA
IGUACEL ACIN MARIA TERESA
TERREN MARCO NOELIA
AISA ALASTUEY CONCEPCION
GARCES FUERTES PAULA
GIL NAVARRO SABRINA
LATORRE MOSTEO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el mes de marzo de 2019, previamente al inicio del proyecto:
Elaboración de los documentos :
• cuestionario de indicadores de deficiencia de vitamina D
• recomendaciones vitamina D
Desde el 1 de abril hasta 31 de julio 2019:
• Añadir en las peticiones de las analíticas solicitadas en los reconocimientos médicos la vitamina D
• Proponer medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico según resultado de la analítica
A partir de 1 de agosto a 30 de noviembre de 2019:
• Registro de variables en la base de datos de reconocimientos médicos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES:
•Número de trabajadores mayores de 45 años a los que se solicita vitamina D/Número de trabajadores mayores de 45 años que pasan reconocimientos médicos = 24/115 (20,8%)

•Número de trabajadores con déficit de vitamina D/ Número de trabajadores que se realizan la primera analítica= 4/24. (16,6%)

Considerando déficit e insuficiencia de vitamina D=16/24 (66,6%)

•Número de trabajadores que mejoran sus niveles de vitamina D con tratamiento/ número de trabajadores que se les proporcione tratamiento. 2/9 (22,2%)

Con motivo de la evaluación de la presente memoria se ha contactado con los nueve casos a los que se les indicó tratamiento. Dos personas iniciaron seguimiento con Medicina de Familia, cinco continúan en tratamiento pues lo iniciaron más tarde .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante el desarrollo del programa han surgido problemas para su desarrollo:
- El programa de calidad ha coincidido con la implantación del programa de historia clínica en Medicina del Trabajo (MEDTRA). La atención requerida y adaptación al manejo del nuevo programa ha restado recursos para el desarrollo de este programa de calidad produciéndose olvidos en las solicitudes de vitamina D.
- La difusión dentro del ámbito HUMS y conocimiento por parte de los profesionales del aumento exponencial desde el año 2014 del test de determinación sérica de 25-hidroxivitamina D implicó un punto de inflexión a la hora de realizar las peticiones con el correspondiente ajuste de acuerdo con el documento “GESTIÓN DE LA DEMANDA EN EL SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HUMS. DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES PARA LA SOLICITUD DE NIVELES SÉRICOS DE 25-HIDROXIVITAMINA D” de fecha 29 de mayo de 2019.

Si bien los resultados obtenidos no son los planteados inicialmente; como mejora y derivados del proyecto; se han elaborado documentos internos de apoyo para la prevención del déficit de vitamina D para utilización con motivo de la vigilancia individual de la salud y en el marco de actividades preventivas de promoción de la salud :
- Cuestionario Vitamina D, contiene doce preguntas para screening de situaciones relacionadas con la aparición de déficit-insuficiencia de vitamina D.
- Recomendaciones vitamina D, con consejos de hábitos dietéticos y de estilo de vida para la prevención del déficit –insuficiencia de vitamina D.

7. OBSERVACIONES.
Sandra Dueñas Jollard ha sido la responsable del proyecto. En la actualidad ya no trabaja en la unidad básica de prevención de riesgos laborales (UBPRRLL) del sector Zaragoza II por lo que el presente formulario se cumplimenta por Ignacio Ezpeleta Ascaso en calidad de interlocutor de la UBPRRL pues un proyecto incluido en el acuerdo de gestión 2019 de la unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0925

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN ADULTOS A PARTIR DE 45 AÑOS

*** ========== Resumen del proyecto 2019/925 ========== ***

Nº de registro: 0925

Título
PREVENCION DEL DEFICIT DE VITAMINA D EN ADULTOS A PARTIR DE 45 AÑOS

Autores:
DUEÑAS JOLLARD SANDRA, AISA ALASTUEY CONCEPCION, EZPELETA ASCASO IGNACIO, LATORRE MOSTEO CARMEN, GARCES FUERTES PAULA, GIL NAVARRO SABRINA, TERREN MARZO NOELIA, IGUACEL ACIN MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Tras la detección de déficit de vitamina D en analíticas pedidas de forma selectiva a trabajadores con alguna sintomatología con posible relación con el déficit de vitamina D y mejoría tras medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico, se hace extensivo a todos los adultos mayores de 45 años para la prevención de dicho déficit y mejorar su estado de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar déficit de vitamina D no conocidos
Tratar los déficits encontrados
Mejorar la sintomatología producida por el déficit de vitamina D: dolores osteomusculares y cansancio.
Prevenir las consecuencias a largo plazo del déficit de vitamina D: osteoporosis y fracturas óseas
POBLACIÓN DIANA: trabajadores de más de 45 años que acuden a reconocimiento médico

MÉTODO
Realizar cuestionario de indicadores de deficiencia de vitamina D
Añadir en las peticiones de las analíticas solicitadas en los reconocimientos médicos la vitamina D
Proponer medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico según resultado de la analítica. Según la OMS los valores inferiores a 50 nmol/L (20ng/ml) los considera Hipovitaminosis.
Registro de variables en la base de datos de reconocimientos médicos
Control analítico a los 4 meses del inicio del tratamiento y valorar resultados.

INDICADORES
Número de trabajadores mayores de 45 años a los que se solicita vitamina D/Número de trabajadores mayores de 45 años que pasan reconocimientos médicos.
Resultados = 90%
Número de trabajadores con déficit de vita D/ Número de trabajadores que se realizan la 1 era analítica
Número de trabajadores que mejoran sus niveles de vitamina D con tratamiento/ número de trabajadores que se les proporcione tratamiento

DURACIÓN
Inicio de inclusión de petición de vitamina D en las analíticas de los reconocimientos médicos a partir del 1 de abril hasta 31 de julio.
Citación para resultados de 2 º analítica tras 4 meses de inicio de tratamiento.
Análisis y evaluación de los resultados enero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0925

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN ADULTOS A PARTIR DE 45 AÑOS

```
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 - 2018/0458

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA GURPEGUI PUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTED ANDRES MARIA JESUS
CLARACO VEGA LUIS MANUEL
MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES
GALLEGO HERNANDEZ LUISA MARIA
ANDRES CASTELL NOELIA
BERICAT LASOBRAS JOSEFINA
ALVAREZ OTAZU ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades y oferta de servicios que se incluyeron en el proyecto fueron:
- Elaboración de un protocolo para el procedimiento de inserción y mantenimiento de la sonda uretral en las UCI
- Valorar la indicación de sonda uretral en cada caso
- Garantizar la calidad de los cuidados. Listado de verificación de inserción de sonda uretral.

Se ha realizado un protocolo de inserción y de mantenimiento de sonda uretral por parte de enfermería, pendiente todavía de aprobación por parte de la Unidad de Calidad Asistencial.
Se ha elaborado una tabla estructurada de verificación de inserción y de mantenimiento diario.
Se ha elaborado una tabla con las indicaciones de los casos en los que es necesaria la colocación de SV, valorando diariamente y de manera individual su necesidad durante su estancia en UCI.
Se han incluído ítems específicos en el sistema informático para comenzar a recoger datos y posteriormente poder valorar los resultados obtenidos. Estos datos se han empezado a recoger el día 1 de febrero del 2020 en las distintas unidades de nuestro servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha empezado a recoger datos en el sistema informático el día 1 de febrero de 2020, por lo necesitamos más tiempo para poder valorar y evaluar los indicadores propuestos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Continuamos realizando los objetivos propuestos en cuanto a elaboración y seguimiento de protocolo de inseRción y mantenimiento de SV, rellenar el listado de verificación de la inserción y de mantenimiento diario, valoración diaria e individual de la necesidad de SV, así como el introducir todos éstos datos en el sistema informático.
En unos meses se valorarán los resultados obtenidos de cara a intentar reducir la ratio de utilización de SV, y conseguir reducir la densidad de incidencia de infección y el uso de antimicrobianos para su tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/458 ========== ***

Nº de registro: 0458

Título
PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Autores:
GURPEGUI PUENTE MARTA, LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, SANTED ANDRES MARIA JESUS, MORON GIMENEZ ALEJANDRA, ALVAREZ OTAZU ROBERTO, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0458

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La ITU relacionada con sondaje uretral es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes en las Unidades de Cuidados Intensivos. Su impacto sobre la mortalidad es menor que otras infecciones nosocomiales pero produce un importante incremento de estancias hospitalarias y de costes.

La infección del tracto urinario asociada a sonda uretral (ITU-SU) representa el 20% de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).
Los factores de riesgo relacionados son:
- Sondaje vesical
- Calidad de los cuidados del personal sanitario en la inserción y manipulación de la sonda uretral

Epidemiología:
- Las ITU-SU ocurren en 2’6% de los pacientes que permanecen ingresados en UCI > 2 días.
- El 98’4% de los episodios de ITU se asocian al uso de catéter urinario.

Como el resto de las infecciones nosocomiales, es una infección con oportunidad de ser prevenida.

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar los correspondientes protocolos y recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Hasta el 65-70% de las ITU-SU son considerados evitables, siempre que se implementen correctamente las prácticas de prevención de infecciones.

Según el último Estudio Nacional de Vigilancia de Infección nosocomial en servicios de Medicina Intensiva (ENVIN HELICS), el 31’87% de las infecciones nosocomiales correspondieron a ITU-SU.
La tasa de incidencia de ITU-SU por 1000 días de sonda uretral es del 11%, sin embargo continúa siendo mayor respecto a las tasas publicadas en otros países (3’8% de ITU-SU por 1000 días de sonda uretral).

Los objetivos son:
- Reducir la media del sistema nacional de Salud de la densidad de incidencia (DI) de la infección del ITU-SU por 1000 días de dispositivo a < 4 episodios.
- Reducir la ratio de utilización (RU) de sonda uretral, expresado como días de sondaje respecto el total de estancias.
- Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI.

MÉTODO
- Elaboración de protocolo para el procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI
- Valorar la indicación de sonda uretral en cada caso
- Garantizar la calidad de los cuidados. Listado de verificación de inserción de sonda uretral.

INDICADORES
- Reducir la media del sistema nacional de Salud de la DI de la ITU-SU por 1000 días de dispositivo a < 4 episodios.
o DI de ITU-SU por 1000 días de dispositivo

(Nº de episodios de ITU-SU/Nº total de días de sondase) x 1000 días de sondaje uretral

- Ratio de utilización de sonda uretral

Días de sonda uretral / Total de estancias

DURACIÓN
Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en el primer trimestre de 2018.
Realización de listado de verificación de inserción de sonda uretral en el primer trimestre de 2018.
Valoración diaria de la indicación de sonda uretral individualizado, retirándole en caso de no ser necesaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0458

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Garantizar la calidad de los cuidados diariamente, rellenando el listado de verificación de inserción de sonda uretral.

Analisis continuado durante el año.

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 - 2018/0459

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ..... PABLO RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GURPEGUI PUENTE MARTA
FUERTES SCHOTT CAROLINA
SANTED ANDRES MARIA JESUS
GALLEGO HERNANDEZ LUISA MARIA
BERICAT LASOBRAS JOSEFINA
TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA
ALVAREZ OTAZU ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades y oferta de servicios propuesta en el proyecto fueron:
- Difusión, conocimiento y aplicación de la escala validada RASS en la Unidad
- Valoración diaria del nivel de sedación (con registro del RASS en el sistema informático)
- Valoración diaria de sobre o infradosificación
- Mantener al paciente con la mínima dosis de sedación que precise en cada momento.

Se realizaron varias sesiones del servicio en relación con la sobresedación, tanto para médicos como para enfermería, en las que se incidió especialmente en la escala RASS.

Escala RASS:
+4 Combativo
+3 Muy agitado
+2 Agitado
+1 Ansioso
0 Alerta y tranquilo
-1 Adormilado
-2 Sedación ligera
-3 Sedación profunda
-4 Sedación muy profunda

Se ha incluído la recogida del RASS por turno en el sistema informático, de tal manera que actualmente enfermería recoge en cada turno el grado de sedación del paciente. En nuestra evolución diaria se explica qué grado de sedación queremos con el paciente en cuestión, y así se puede valorar si el paciente está sobresedado ó infrasedado, En los pacientes en los que es posible mantener bajo nivel de sedación se intenta realizar ventana de sedación diaria, resedando con la menor dosis posible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el mes de septiembre se registra la escala RASS en el sistema informático. Se necesita más tiempo para poder valorar y evaluar los indicadores propuestos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Continuamos realizando los objetivos propuestos en cuanto a la monitorización del grado de sedación en períodos de 8h, a todos los pacientes con ventilación mecánica de más de 12h de evolución y sedación continua, quedando excluídos los pacientes con bloqueo neuromuscular.
Se recogen los datos siguiendo la escala validada Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).
Se realiza ventana de sedación en los pacientes en los que es posible, reiniciando la sedación con la mínima dosis necesaria.
Se debe continuar trabajando en éste sentido, recogiendo el RASS diariamente, para intentar reducir el grado de sedación y de esta manera los eventos adversos derivados de la sobre o infradosificación, como prolongación de los tiempos de ventilación mecánica, y el incremento del coste sanitario derivado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/459 ========== ***

Nº de registro: 0459

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0459

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

Autores:
LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, GURPEGUI PUENTE MARTA, SANTED ANDRES MARIA JESUS, CLARACO VEGA LUIS MANUEL, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES, YARZA ALONSO MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con ventilación mecánica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La sedación es necesaria para garantizar el confort y la seguridad de los enfermos con ventilación mecánica (VM).

Sin embargo su uso no está exento de eventos adversos, derivados en su mayoría de su infradosificación y sobredosificación, que pueden prolongar los tiempos de VM, complicar la evolución y el pronóstico del paciente crítico e incrementar el coste sanitario.

La correcta sedación precisa del conocimiento de las distintas opciones terapéuticas, sus indicaciones, sus efectos secundarios y una adecuada monitorización. Las guías de práctica clínica de la mayoría de las Sociedades Médicas de Cuidados Intensivos recomiendan establecer claros objetivos de sedación, variables en función de la evolución del paciente, con estrecha y periódica monitorización.

Existen numerosos métodos para la evaluación del nivel de sedación, sin que se disponga todavía de uno que sirva como referencia y validación para el resto.

Aunque la práctica clínica diaria de la UCI se caracteriza por una estricta vigilancia de un gran número de variables fisiológicas y parámetros del paciente, en el caso de la monitorización del grado de sedación, ésta no siempre se realiza, o a veces resulta insuficiente, de cara a identificar y corregir situaciones de infra o sobresedación, reduciendo así la morbi-mortalidad y el consumo de recursos.

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar el uso de escalas de sedación validadas.

RESULTADOS ESPERADOS
Según algunos estudios entre un 42-72% de los pacientes van a requerir sedación en algún momento de su estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Los objetivos son:

- Monitorizar el grado de sedación en períodos de 8h, a todos los pacientes con VM de más de 12h de evolución y sedación continua (quedan excluídos los pacientes con bloqueo neuromuscular).
- También se monitorizará el grado de sedación en cualquier momento en el que varíe la situación clínica.
- Escalas validadas: Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).

MÉTODO
- Difusión, conocimiento y aplicación de la escala validada RASS en la Unidad.
- Valoración diaria del nivel de sedación (quedando registrado en la aplicación informática).
- Valorar cada 8h si el paciente presenta sobre o infradosificación, aplicando la escala validada RASS.
- Mantener al paciente con la mínima dosis de sedación que precise en cada momento.

INDICADORES
- Monitorización del grado de sedación:

(nº períodos de 8 horas con sedación monitorizada / nº períodos de 8h con VM y sedación continua *) x 100

*(o días de VM y sedación continua x 3)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0459

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

DURACIÓN
Durante el primer semestre se realizarán:
- Sesiones teorico-practicas con enfermería para dar a conocer la escala validada RASS.
- Implementación en la aplicación informática de sistema de registro.

Valoración diaria del nivel de sedación en pacientes con VM >12h y sedación continua, valorando a su vez la sobre o infradosificación.
Tras la fase de formación e implantación se realizará una monitorización y evaluación de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

APLICACIÓN DE ESTIMADORES PRONÓSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLÓGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y MONITORIZACIÓN

Fecha de entrada: 23/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TEJADA ARTIGAS ANTONIO
SANTED ANDRES MARIA JESUS
OLMOS PEREZ FRANCISCO
MUÑOZ MARCO JOSE JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Desarrollo de calculadoras en la herramienta informática que permiten la estimación pronóstica tras el ingreso en intensivos, adecuando el tipo de cálculo al proceso que motiva su ingreso: SAPS-II, APACHE-II (Procesos médicos o quirúrgicos en pacientes polivalentes y traumáticos), EUROSCORE-II (Post-operados de cirugía Cardiaca); GRACE ACS Risck Score (Síndrome Coronario Agudo) y CRUSADE Score (Síndrome Coronario Agudo) e índice de fragilidad (en todos los grupos).
2. En colaboración con el ingeniero de GE se ha creado una herrramienta informática que permite la exportación de toda esta información en un formato que permite realizar el control de calidad de los objetivos establecidos y el análisis estadístico posterior (Excel, SPSS).
3. Integración datos analíticos automatizados en el Clinisoft.
4. Creación de informes automatizados (gráficos y numéricos) de carácter mensual que permite el seguimiento por proceso patológico, y por unidad: "cuadro de mandos".
5. Tras realizar un primer control de calidad (PRIMER PASO), se informa a los responsables del proyecto puntos de mejoras y las deficiencias encontradas; permitiendo corregirse las deficiencias en un segundo tiempo (plazo 1 mes) (SEGUNDO PASO)
6. Envío de los informes vía correo electrónico a todo el personal médico de intensivos. Incluido M.I.R. Mostrar debilidades y fortalezas del proyecto en sesiones conjuntas del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se muestra la información por grupos patológicos, mostrando la progresión de la determinación del estimador pronóstico específico por mes; mostrando al final el promedio final. DEBE RESALTARSE QUE LOS DATOS MOSTRADOS CORRESPONDE A LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN EL PRIMER CONTROL DE CALIDAD -PRIMER PASO- (durante un mes, tras el alta de UCi el paciente permanece activo en el sistema informático de UCI permitiendo su cálculo).
Indicadores utilizados: Detección automatizada de los estimadores pronósticos referidos (SAPS-II; APACHE-II; EuroScore-II, Crusade, GRACE; e IF) al alta de UCI.
Resultados por grupos patológicos:
CIR
CARDIACA 52,9% 100,0% 100,0% 93,8% 97,2% 94,9% 90,0% 90,0% 89,7% 90,0% 96,0% 89,5% PROMEDIO 2019: 90,3%
CORO
SCA 63,3% 82,1% 97,2% 96,3% 90,5% 81,6% 89,3% 100,0% 90,9% 81,0% 82,4% 91,9% PROMEDIO 2019: 87,2%
CORO no
SCA 20,0% 44,4% 75,0% 54,5% 68,8% 66,7% 80,0% 76,9% 83,3% 77,8% 90,0% 66,7% PROMEDIO 2019: 67,0%
NEURO-RX 55,6% 45,5% 63,6% 33,3% 90,9% 87,5% 63,6% 87,5% 92,3% 77,8% 93,3% 87,5% PROMEDIO 2019: 73,2%
NEUROQUIR 25,0% 51,4% 55,2% 44,8% 86,5% 95,7% 80,0% 94,7% 95,8% 100,0% 95,7% 94,7% PROMEDIO 2019: 76,6%
POLITRAUMAT 66,7% 70,0% 100,0% 66,7% 100,0% 100,0% 91,7% 100,0% 100,0% 83,3% 100,0% 100,0% PROMEDIO 2019: 89,9%
POLIV-MÉDICO 25,0% 61,9% 65,6% 67,6% 96,3% 73,3% 81,1% 87,1% 87,5% 84,8% 95,2% 83,3% PROMEDIO 2019: 75,7%
POLIV-QUIR 11,4% 67,7% 88,2% 78,6% 82,4% 92,9% 83,9% 90,9% 94,6% 97,7% 94,3% 88,5% PROMEDIO 2019: 80,9%
Total: 36,3% 70,6% 82,6% 72,4% 88,9% 86,7% 84,0% 90,7% 91,3% 89,0% 92,8% 88,5% PROMEDIO 2019: 81,1%

IF 53,8% 84,4% 94,5% 86,2% 94,7% 92,0% 85,6% 89,3% 91,8% 91,8% 92,8% 92,5% PROMEDIO 2019: 87,5%

SEGUNDO PASO: Permite un incremento de los objetivos en las cuatro unidades monitorizadas: Coronaria: de un 80,6% a un 91,2%; Trauma: 78,6% a un 84,3%; PC: 86% a un 91,7% y Polivalente: 81,7% a un 87,4%. Incremento también detectado en la estimación del IF (del 87,5% a un 92,3%).

Impacto del Proyecto: En más del 80% de las altas de UCI se documenta un estimador pronóstico adecuado a su proceso; lo cual nos permitirá en un futuro estimar el grado de precisión diagnóstica en la población atendida en el HUMS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo del proyecto es mantener esta herramienta funcionando de forma indefinida, dado que refleja el

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

1. TÍTULO

APLICACIÓN DE ESTIMADORES PRONÓSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLÓGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y MONITORIZACIÓN

grado de complejidad de la población atendida permitiendo compararnos con otros centros hospitalarios o series publicadas.

7. OBSERVACIONES.
La presión asistencial en el centro ocupa más del 90% de la actividad diaria, lo cual dificulta el mantenimiento de este tipo de actividad.

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

Nº de registro: 0887

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

APLICACIÓN DE ESTIMADORES PRONÓSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLÓGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y MONITORIZACIÓN

4. EUROSCORE-II: estimación en >=80% de los pacientes post-operados de Cirugía Cardiaca.

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

OBSERVACIONES
Ninguna

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 23/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTED ANDRES MARIA JESUS
OLMOS PEREZ FRANCISCO
MUÑOZ MARCO JOSE JAVIER

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Cumplimiento de las variables definidas IRAS-PROA por Unidad/mes >=80% de los pacientes: se muestra el resultado obtenido por unidad, mostrando la tendencia progresiva desde el mes de enero-2019 a diciembre-2019. Mostrando finalmente el promedio del año.

Coro 61,1% 74,0% 75,0% 83,3% 90,0% 92,9% 90,9% 92,3% 94,2% 85,5% 91,5% 83,3% Promedio-2019: 84,5%
Trauma 61,5% 76,9% 91,7% 88,7% 96,3% 96,4% 91,8% 93,3% 92,2% 91,0% 93,2% 89,7% Promedio-2019: 88,6%
PC 59,6% 94,3% 90,5% 97,1% 93,8% 92,1% 85,4% 100,0% 94,6% 93,5% 98,1% 98,0% Promedio-2019: 91,4%
Poliv 32,4% 65,1% 77,1% 92,6% 88,9% 89,5% 86,5% 93,9% 86,0% 78,4% 86,8% 96,0% Promedio-2019: 81,1%
TOTAL 55,5% 78,2% 83,6% 89,1% 93,1% 93,1% 89,2% 94,0% 91,8% 87,7% 92,8% 90,8% Promedio-2019: 86,6%
2. Procedimientos técnicos realizados indicando fecha y hora de inicio y fecha y hora de finalización: Se ha generado una rutina automatizada que permite la exportación de esta información en el informe de alta de UCI. Herramienta que se está utilizando en la actualidad en el 100% de los pacientes (se muestra el resultado obtenido por unidad, mostrando la tendencia progresiva desde el mes de enero-2019 a diciembre-2019. Mostrando finalmente el promedio del año).
Coro 40% 52% 98% 98% 98% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% Promedio-2019: 91%
Trauma 51% 59% 95% 94% 100% 100% 97% 100% 100% 100% 100% 100% Promedio-2019: 91%
PC 43% 62% 93% 95% 95% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% Promedio-2019: 91%
Poliv 46% 43% 94% 96% 97% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% Promedio-2019: 90%
TOTAL 45% 54% 95% 96% 97,50% 100,00% 99,25% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% Promedio-2019: 91%
3.Tratamiento antibiótico recibido, indicando fecha y hora de inicio y fecha y hora de finalización:
Se ha conseguido crear un visor que permite observar esta información de forma automatizada en el sistema informático, no pudiéndose enviar esta información al informe de alta en espera de actualización de la librería de fármacos de UCI.
4. Pruebas microbiológicas solicitadas: Se han creado el visor correspondiente a este objetivo, consiguiéndose, tras acuerdo con microbiología, introducir de forma manual los resultados microbiológicos relacionados con hemocultivos.
Impacto del proyecto: Nos ha permitido integrar información clínica relevante tanto para la práctica clínica diaria como para el seguimiento epidemiológico de la unidad. Proyecto que ha unido aún más la atención multidisciplinar en el manejo del proceso infeccioso en UCI (Microbiología, Preventiva, Grupo PROA, Farmacia e Intensivos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo del proyecto es mantener esta herramienta funcionando de forma indefinida, por la importancia en la atención asistencial inmediata, como por la información obtenida a nivel epidemiológico. Hemos aumentado la visibilidad del tratamiento de UCI tanto en farmacia, microbiología y preventiva; lo cual permite una evaluación multidisciplinar más eficaz.
Actualmente estamos trabajando, junto con Microbiología en la mejora del flujo de información. trabajando en la actualidad en la transmisión automatizada de los resultados microbiológicos al sistema informático de UCI, minimizando el tiempo de demora en la transmisión de la información, y mejorando la documentación automatizada en el sistema. El grupo de integración de sistemas del SALUD está trabajando en ello.

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

1. TÍTULO

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

Dado las características de nuestro centro, la inclusión de un intensivista dentro de la estrategia IRAS-PROA ARAGÓN facilitaría el cumplimiento, seguimiento y la calidad de los objetivos establecidos.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0898

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Como parte de la estrategia de implementacio´n del “Plan Estratégico y de Acción para Reducir el Riesgo de Selección y Diseminación de la Resistencia a los Antibióticos” (PNRAN) y de la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente, el Departamento de Sanidad ha puesto en marcha la Estrategia IRAS-PROA Arago´n cuyo objetivo es optimizar la vigilancia, prevencio´n y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, la resistencia y el uso de antibio´ticos.
La complejidad del paciente ingresado en las Unidades de Cuidados Intensivos conlleva un elevado consumo de recursos tanto a nivel microbiológico como farmacéutico, entre otros. No es suficiente con disponer de la información. El “cómo” se presenta y “cómo” se documenta es fundamental. El trabajo multidisciplinar es indispensable para ajustar la herramienta a la necesidad clínica, facilitando la obtención de la información y la generación de la información.
El empleo de sistemas de información clínica (SIC) persigue mejorar los resultados finales del proceso asistencial, mejorando la seguridad y la calidad, y colaborando en la mejoría de su gestión. La adopción de herramientas que ayuden a gestionar los procesos de cuidados de estos enfermos puede generar una distribución más eficiente de los recursos sanitarios, puesto que los SIC facilitan a tiempo la información necesaria para optimizar la toma de decisiones clínicas y de gestión, y para desarrollar una asistencia más efectiva, eficiente y segura.

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

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

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

1. TÍTULO

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

visualización de la historia clínica.

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

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

OBSERVACIONES
Necesidad inclusión de un Intensivista en la Estrategia IRASPROA ARAGÓN

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1206

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE INGRESADO CON ICTUS EN UCI

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO MOYA CALVO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ ROMERO CRISTINA
APARICIO JUEZ SARAY
DE TERA MUÑOZ MONTSERRAT
MAESTRE DUCAR INES
APARICIO JUEZ CAROLINA
CASAUS MARGELI MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Definición del grupo de trabajo (Abril 2019)
- Diseño del proyecto de mejora (Abril 2019)
- Identificación de la información pertinente (Abril-Mayo 2019)
- Elaboración de tríptico (Junio - Julio 2019)
- Entrega del documento (Julio - Noviembre 2019)
- Valoración inicial de indicadores (Noviembre 2019)
- Propuestas de mejora (Noviembre 2019)
- Evaluación final (Diciembre 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la revisión bibliográfica de publicaciones científicas recientes y protocolos actualizados de otros centros hospitalarios, se recogió la información más adecuada para la elaboración de un tríptico informativo para las familias del paciente ingresado en UCI con diagnóstico ICTUS.
Se elaboró un primer borrador que fue revisado por el jefe de la UCI de Traumatología y supervisado su seguimiento por la supervisora de la unidad.
Una vez realizadas las correcciones y modificaciones pertinentes, se obtuvo una versión definitiva y se imprimieron varios ejemplares para entregar a la familia del paciente diagnosticado de ICTUS en el momento del ingreso.
El indicador marcado ha sido el porcentaje de familias de pacientes diagnosticados de ICTUS e ingresados en la UCI de Traumatología, a las que se les ha entregado el tríptico informativo, y como resultado observamos que se ha cumplido el stándard prefijado desde su inicio de >80%.
Por otra parte, queda reflejado el nivel de satisfacción por la información recibida, en las encuestas que habitualmente se entregan a todas las familias durante la estancia de su familiar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La abundante bibliografía nos demuestra que la familia tiene un papel fundamental en la recuperación de los enfermos hospitalizados, y los pacientes de las UCIS, no son una excepción. Está demostrado que un ambiente desangustiado y tranquilo ayuda en el proceso de cuidado.
Y sabemos que una de las necesidades de estas familias, es la de sentirse bien informados. Con el fin de satisfacer esta necesidad, se ha elaborado este tríptico sobre los aspectos más generales relacionados con la propia enfermedad y del ingreso de su familiar en el Servicio de Medicina Intensiva.
En conclusión, ha quedado constancia, a través de las encuestas, que si queremos una visión integral del paciente, debemos establecer una buena relación con la familia y que es posible con una comunicación e información correcta y fluída, y de esta forma, reducimos los estados de angustia, estrés y depresión que esta situación les genera.
Observamos pues, una mayor satisfacción de la familia en cuanto a la información recibida y una disminución de su nivel de estrés y ansiedad en el momento del ingreso y durante la estancia en UCI del paciente, al verse reforzada la información verbal con el apoyo de la información escrita a través del tríptico.
Viendo los buenos resultados obtenidos, seguiremos ofreciendo dicha información y seguiremos valorando su impacto en las familias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1206 ========== ***

Nº de registro: 1206

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1206

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE INGRESADO CON ICTUS EN UCI

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE INGRESADO CON ICTUS EN UCI

Autores:
MOYA CALVO ALBERTO, PEREZ ROMERO CRISTINA, APARICIO JUEZ SARAY, DE TERA MUÑOZ MONTSERRAT, MAESTRE DUCAR INES, APARICIO JUEZ CAROLINA, CASAUS MARGELI MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El ictus es una emergencia sanitaria en la que si se aplican las medidas adecuadas de soporte vital y si se reduce el tiempo de inicio del tratamiento de reperfusión, disminuye la mortalidad y las secuelas que produce. El Ictus es la primera causa de muerte en la mujer y la segunda en la población total. Además, es la primera causa de discapacidad en adultos y la segunda causa de demencia.
En UCI ingresan aquellos pacientes de mayor gravedad bien porque un bajo nivel de conciencia residual obliga a continuar la ventilación mecánica o porque ha habido complicaciones en el procedimiento de reperfusión (farmacológica o mecánica).
Este es un motivo de ingreso en UCI importante, por su relativa frecuencia y por las implicaciones de gravedad y secuelas residuales que tiene. La enfermería de UCI tiene un gran papel encargándose de medidas de soporte respiratorio y hemodinámico, control neurológico y vigilancia de posibles complicaciones.
Creemos que la enfermería de Medicina Intensiva debe dirigir también su atención hacia los familiares más íntimos del paciente, especialmente en las primeras horas de su estancia en UCI. Los familiares padecen en muchos casos una de las peores situaciones de su vida, por su angustia, su miedo y muy frecuentemente por la incomprensión y desconocimiento de lo que trata el proceso que afecta a su familiar, lo que es una UCI y las actuaciones que se pueden seguir allí.
Por ello la enfermería en Intensivos no solo debe proceder a un simple acompañamiento familiar, sino que también puede ayudar a proporcionar una información adecuada, sobre todo haciéndola comprensible en relación a todos los aspectos relacionados con esta patología.
En el momento del ingreso la familia no comprende en profundidad toda la información oral que se le proporciona, por el proceso estresante y la incertidumbre del pronóstico que envuelve la situación. Por eso consideramos pertinente entregar un tríptico informativo sobre esta dolencia recalcando lo más relevante, de manera básica, esquemática y visual para que la familia pueda compréndelo y consultarlo en caso de duda.
Sin duda una adecuada información inicial logrará reducir el nivel de ansiedad-estrés de los familiares ayudando a comprender el proceso asistencial en todo su recorrido.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar la transmisión de la información reforzando con un tríptico la información dada de manera clara y visual para resaltar los aspectos más importantes en relación con complicaciones y riesgos inherentes a un paciente con Ictus.
Disminuir el nivel de ansiedad-estrés de la familia relacionado con falta de información

MÉTODO
Definición del grupo de trabajo y diseño de proyecto.
Definir la población diana según diagnóstico al ingreso a la que se facilita la información.
Definición de un formato estándar de información consensuada por la unidad que contenga información verídica, gráfica y al mismo tiempo comprensible
Entrega del documento
Valoración de indicador
Propuestas de mejora

INDICADORES
INDICADOR. Porcentaje de familiares de pacientes con diagnóstico Ictus a los que se les entrega el díptico correspondiente.
ESTANDAR. >80%. Evaluación anualmente.
Adicionalmente de forma paralela, valoraremos indirectamente la satisfacción de los familiares con esta actuación a través de las encuestas que habitualmente se entregan a todos los familiares de nuestros pacientes.

DURACIÓN
Cronograma 2019
Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora:
Abril
Identificación de la información pertinente a incluir en el tríptico informativo: Abril a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1206

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE INGRESADO CON ICTUS EN UCI

```
Julio
Elaboración del tríptico de información al familiar del paciente con Ictus: Abril a
Julio
Entrega de información: Julio a Noviembre
Valoración inicial de indicadores. Propuestas de mejora:
Diciembre

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 - 2019/1295

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LA FAMILIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO INGRESADO EN UCI

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MANUEL ANDREU VAZQUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAESTRE DUCAR INES
GARRIDO VILLANUEVA ANA
DELGADO DEZA SILVIA
ANDRES GOMEZ NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- DEFINICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO (ABRIL 2019)
- DISEÑO DEL PROYECTO DE MEJORA (ABRIL 2019)
- IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN NECESARIA (ABRIL-MAYO 2019)
- ELABORACIÓN DE TRIPTICO (JUNIO-JULIO 2019)
- ENTREGA DE INFORMACIÓN (JULIO-NOVIEMBRE 2019)
- VALORACIÓN INICIAL DE INDICADORES (NOVIEMBRE 2019)
- PROPUESTA DE MEJORA (NOVIEMBRE 2019)
-EVALUACIÓN FINAL (DICIEMBRE 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con el objetivo de mejorar la atención de familiares de pacientes de ingresados en la UCI con diagnóstico Politraumatizado, se ha elaborado un tríptico informativo. Para ello, se ha seguido la metodología expuesta a continuación:

- Recopilación de información a través de una exhaustiva revisión bibliográfica de publicaciones científicas y de los protocolos actuales.

- Elaboración de un primer borrador, el cual fue supervisado por el jefe de servicio de la UCI de Traumatología.

- Seguimiento del borrador por parte de la supervisora de la unidad.

- Identificación y corrección de los problemas detectados y elaboración de la versión definitiva.

- Impresión de varios ejemplares y distribución de trípticos a los familiares en el momento del ingreso.

- El indicador marcado ha sido el porcentaje de familias de pacientes politraumatizados e ingresados en nuestra unidad, a las que se les ha entregado el tríptico informativo y como resultado observamos que se ha cumplido el estándar fijado desde su inicio de >80%

- Se valora la respuesta a través de las encuestas de satisfacción entregadas a todos los familiares

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El período durante el cual se ha trabajado en la elaboración del tríptico ha sido de un año. Este corto plazo ha supuesto una dificultad para la valoración del proyecto, ya que no se cuenta con una muestra lo suficientemente representativa de ingresos de pacientes ingresados en la UCI Traumatología.

No obstante lo anterior, no es despreciable destacar la satisfacción general de las familias en cuanto a la mejora de la información recibida, la cual ha quedado patente en las encuestas de valoración general de la unidad. Así mismo, se ha observado una disminución de su nivel de ansiedad y estrés propiciada, en gran medida, por el incremento y accesibilidad de la información.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1295 ========== ***

Nº de registro: 1295

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1295

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LA FAMILIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO INGRESADO EN UCI

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A LA FAMILIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO INGRESADO EN UCI

Autores:
ANDREU VAZQUEZ MANUEL, MAESTRE DUCAR INES, DELGADO DEZA SILVIA, ANDRES GOMEZ NOELIA, GARRIDO VILLANUEVA ANA, MARTINEZ CRESPO PABLO, MARTINEZ PELLICER ANA ISABEL, BADIA ROMANO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes politraumatizados (o gravemente traumatizados) ingresados en UCI-Traumatología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se define como politraumatizado a aquella persona que sufre un traumatismo múltiple con afectación de varias regiones anatómicas u órganos. Esta patología tiene una gran importancia dado ya que es la principal causa de muerte en personas <40 años, por su alta tasa de discapacidades que produce y por su mortalidad asociada.
Este motivo es uno de las más frecuentes, importantes y específicos de ingreso en UCI-Traumatología donde todo el equipo sanitario (y por supuesto dentro de él la enfermería intensiva) tiene que luchar por disminuir la morbi-mortalidad precoz (dentro de las primeras 4 horas del ingreso) y la diferida, que sucede más tarde, como consecuencia de las lesiones cerebrales, sepsis o fallo orgánico.
Pero además la enfermería intensiva debe estar atenta a mitigar en lo posible la ansiedad de la familia de los pacientes. Ansiedad enorme al ser estos sucesos bruscos, inesperados, afectar con frecuencia a jóvenes, con cargas familiares y con una probabilidad de muerte y de graves secuelas no desdeñables. Una información insuficiente, mal comprendida o errónea incrementa esta situación.
Por todo ello consideramos que la realización, y posterior entrega, de un tríptico informativo que esquematice la información más relevante de esta patología, de un modo básico, esquemático y visual puede en muchos casos servir de gran ayuda y reducir el nivel de ansiedad-estrés de los familiares que viven sin riesgo de equivocarnos los peores días de su vida.

RESULTADOS ESPERADOS
- Facilitar la transmisión de la información reforzando con un tríptico que muestre de manera clara y visual los aspectos más importantes en relación con complicaciones y riesgos inherentes a un paciente quemado.
- Disminuir el nivel de ansiedad-estrés de la familia relacionado con falta de información

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo y diseño de proyecto.
- Definir la población diana según diagnóstico al ingreso a la que se facilita la información.
- Definición de un formato estándar de información consensuada por la unidad que contenga información verídica, gráfica y al mismo tiempo muy sencilla y comprensible.
- Entrega del documento
- Valoración de indicador
- Propuestas de mejora

INDICADORES
INDICADOR: Porcentaje de familiares de pacientes politraumatizados a los que se les entrega el tríptico correspondiente.
ESTÁNDAR: > 80%. Evaluación anual.
Adicionalmente, de forma paralela, valoraremos indirectamente la satisfacción de los familiares con esta actuación a través de las encuestas que habitualmente se entregan a todos los familiares de nuestros pacientes.

DURACIÓN
Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora: Abril 2019
Identificación de la información pertinente a incluir en el tríptico informativo: Abril- julio 2019
Elaboración del tríptico de información al familiar del paciente politraumatizado: Abril- julio 2019
Entrega de información: Julio- noviembre 2019
Valoración inicial de indicadores. Propuestas de mejora: Diciembre 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1295

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LA FAMILIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO INGRESADO EN UCI

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 - 2019/1075

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA RECOMENDACIÓN DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DEL CRÓNICO COMPLEJO DEL SALUD

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO CASTEL CARMEN
GARCIA ARANDA ALFONSO
MARTINEZ BARREDO LUCIA
MOLINERO GONZALEZ BEATRIZ
PARDOS CLAVERIA BARBARA
SUSO ESTIVALEZ CATALINA
UGENCIO ISARRE ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Valoramos los pacientes que ingresaron a cargo de Medicina Interna en el Hospital Miguel Servet desde abril hasta diciembre del 2019 e identificamos los que cumplían criterios de Pacientes Crónicos Complejos (GMA> 97%), que no estaban todavía incluidos en el programa y que pensamos que podrían beneficiarse de su inclusión.

Una vez identificados, lo comunicábamos a la enfermera gestora de la Unidad del Paciente crónico Complejo para que se pusiera en contacto por teléfono o por correo electrónico con la enfermera o médico de Atención Primaria del paciente y dejábamos indicado en el informe de alta la propuesta de inclusión del paciente en el programa del Paciente crónico Complejo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se recogieron 36 pacientes desde abril del 2019 hasta diciembre del 2019. De ellos un 50% eran varones y el otro 50% mujeres. La edad media de los pacientes fue de 82 años (entre un rango de 71 y 101 años), con un Barthel de 55 de media y un Pfeiffer de dos errores.
De los 36 pacientes 29 habían sido incluidos hasta el 12 de Enero del 2020 (el 80,5%) y 6 no habían sido incluidos (uno de ellos falleció antes de llegar a incluirse). El tiempo medio desde que se propuso la inclusión del paciente hasta que se llevó a cabo por Atención Primaria fue de 7,7 días.
Fallecieron 6 de los pacientes durante los nueve meses del seguimiento (16,6%).
16 pacientes de los 29 pacientes incluidos tuvieron contacto posteriormente con la Unidad de Crónicos complejos (un 55%), bien en consulta o en Hospital de Día en unas dos ocasiones de media.
De los pacientes que fueron citados en Hospital de Día los procedimientos más frecuentes realizados fueron: administración de ferroterapia en 6 pacientes, tratamiento deplectivo en insuficiencia cardiaca en 3 y administración de inotropos en uno de ellos.
También se realizaron transfusiones, administración de antibióticos intravenosos, corticoides, aerosolterapia, y ajustes de medicación oral e insulinas.
De los 29 pacientes incluidos 16 (un 55%) acudieron por lo menos una vez a urgencias en estos 9 meses de seguimiento, cuatro de ellos en una ocasión, dos en dos ocasiones y uno en tres.
Casi un 80% de los pacientes incluidos (23 de los 29 pacientes) no tuvieron ningún ingreso hospitalario durante el seguimiento, ni en la Unidad de Crónicos Complejos ni en otros servicios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El ingreso hospitalario en Medicina Interna puede ser una buena oportunidad para proponer desde el hospital la inclusión de pacientes crónicos complejos en el programa de Atención del Paciente Crónico Complejo.
Con las Unidades de atención a enfermos crónicos complejos(UCC) facilitamos un acceso y una gestión ágil de estos pacientes entre Atención primaria y atención hospitalaria, proporcionando los cuidados adecuados a sus necesidades y al nivel de progreso de su enfermedad e intentando disminuir el número de descompensaciones, las visitas a Urgencias y los ingresos de estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1075 ========== ***

Nº de registro: 1075

Título
DETECCION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA RECOMENDACION DE INCLUSION EN EL PROGRAMA DEL CRONICO COMPLEJO DEL SALUD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1075

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA RECOMENDACIÓN DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DEL CRÓNICO COMPLEJO DEL SALUD

Autores:
SEVIL PURAS MARIA, BUENO CASTEL CARMEN, MARTINEZ BARREDO LUCIA, UGENCIO ISARRE ANDREA, PARDOS CLAVERIA BARBARA, MOLINERO GONZALEZ BEATRIZ, SUSO ESTIVALEZ CATALINA, GARCIA ARANDA ALFONSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Cada vez se incrementa más el número de pacientes crónicos complejos. Éstos se caracterizan por padecer varias enfermedades crónicas, limitantes y progresivas, y asociados a la sobreutilización de los servicios de salud, la polifarmacia y el deterioro funcional, además de los factores socio-familiares que condicionan la complejidad en su atención.
Un 5 % de estos pacientes crónicos complejos suponen casi la mitad del consumo de hospitalización urgente y son los que generan la mayor proporción de ingresos urgentes o no programados en los hospitales.
El modelo de atención del paciente crónico complejo es un modelo de atención específico para pacientes con pluripatología y/o en fases avanzadas de la enfermedad crónica. Propone una atención integral del paciente, fundamentado en la continuidad asistencial a través de objetivos comunes, acciones coordinadas y diálogo entre los equipos de referencia y soporte y dirigido a mejorar la calidad de vida según objetivos consensuados por los equipos asistenciales con los pacientes y sus familiares

RESULTADOS ESPERADOS
- Comprobar qué pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna están tipificados como pacientes crónicos complejos con un GMA> 97%
- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales del paciente crónico complejo.
- Mejorar la atención del paciente crónico complejo, enfermo pluripatológico y de avanzada edad que requiere de una gran atención por parte de los servicios sanitarios
- Disminuir agudizaciones mediante seguimiento planificado
- Reducir hospitalizaciones urgentes y estancias prolongadas
- Adecuada indicación y uso proporcionado de los tratamientos

MÉTODO
Pacientes ingresados en Medicina Interna en Hospital Miguel Servet que cumplen criterios de paciente crónico complejo pero no se han incluido en el programa del paciente crónico complejo:
- Se identificarían como Pacientes crónicos complejos en el informe de alta y si es posible con la valoración multidimensional.
- En el apartado de observaciones se daría la recomendación al MAP de incluirlo en el programa de Atención al Paciente Crónico
- Se avisaría a enfermera gestora de la Unidad del Crónico Complejo para que contactara con la enfermera o Médico de Atención Primaria para aconsejar su inclusión

INDICADORES
- Proporción de pacientes que se han incluido en el programa del Crónico Complejo tras las recomendaciones dadas en el informe de alta del ingreso en Medicina Interna
- Número de pacientes que se han incluido y que han sido posteriormente atendidos en la Unidad de Crónicos Complejos y tipo de Atención que han requerido

DURACIÓN
Desde abril hasta diciembre del 2019 recogida de los pacientes crónicos complejos que se beneficiarían de ser incluidos en el programa del Paciente Crónico Complejo y que han ingresado en el servicio de Medicina Interna de Hospital Miguel Servet.
En Enero y febrero del 2020 se revisarían cuantos de ellos han sido incluidos en el programa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1075

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA RECOMENDACIÓN DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DEL CRÓNICO COMPLEJO DEL SALUD

```
-----------------------------------------------------------------------------
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 - 2019/1273

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS ADMINISTRADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA BIELSA MASDEU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ CONESA MERCEDES PILAR
MORALES MARINA MARIA ANGELES
CASAFRANCA PINILLA MARIA ISABEL
CIPRES SERRANO SUSANA
ROYO PEREZ ANA
FERNANDEZ MAINAR TERESA
MIÑES FERNANDEZ PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó un grupo de trabajo con un facultativo del servicio de medicina interna de la unidad de enfermedades autoinmunes sistémicas y otro de la consulta de inmunodeficiencias primarias junto con 2 enfermeras del hospital de día y 4 del hospital de semana, siendo las enfermeras que más frecuentemente se ocupan de los pacientes en tratamiento con inmunoglobulinas.
Se elaboró el modelo de ficha con los datos a recoger de cada paciente en cada infusión, con las variables que más pueden afectar a la producción de efectos secundarios, como velocidad de infusión, casa comercial, dosis, y otros, así como los efectos secundarios más frecuentemente descritos y los fármacos utilizados para su control.
Se registraron los datos de junio a diciembre de los pacientes de hospital de día en donde se atienden los pacientes con inmunodeficiencias primarias y que requieren infusiones cada 21-28 días de por vida, y los paciente del hospital de semana con infusiones no periódicas aunque con dosis más elevadas.
Se ha elaborado un manual de manejo del uso de las IGIV teniendo en cuenta las recomendaciones publicadas e incidiendo de forma especial en aquellos aspectos detectados en nuestros pacientes.
Los resultados del análisis de los efectos secundarios se llevó en dos comunicaciones al Congreso Nacional de Medicina Interna. Los resultados del análisis del ahorro de los recursos hospitalarios al cambiar de la vía intravenosa en el hospital a la subcutánea autoadmistrada en domicilio se llevó como comunicación al 13 CONGRESO ANECORM ZARAGOZA. Enfermeras coordinadoras de recursos materiales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado el análisis de los siguientes indicadores:
- porcentaje de pacientes con efectos secundarios, tipo de efecto secundario, y tratamiento requerido: en el hospital de día el 50% de los pacientes no presentaron ningún efecto secundario ni han requerido premedicación. El efecto adverso más frecuente ha sido la cefalea, seguido de síndrome gripal y dosalgia. Los corticoides, antihistamínicos y analgésicos han sido los fármacos más prescritos. En 2 pacientes se han controlado con la disminución de la velocidad de infusión. En el hospital de semana al 100% de los pacientes se ha prescrito corticoides y analgésicos
-porcentaje de pacientes a los que se ha conseguido disminuir la premedicación a lo largo del año: en el hospital de día se ha disminuido o suprimido la premedicación a un 60% de los pacientes.
-porcentaje de pacientes que han optado por cambiar de vía de administración con paso a la subcutánea, para evitar los efectos secundarios: actualmente de un total de 58 pacientes con inmunodeficiencias primarias en tratamiento sustitutivo, 37 utilizan la vía subcutánea, autoadministrada en domicilio y sin efectos secundarios en ningún caso. Dicho cambio de vía de administración ha supuesto un ahorro de dos sillones diarios y media enfermera en hospital de día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los efectos secundarios de las inmununoglobulinas intravenosas son frecuentes, pueden depender de diferentes variables del preparado, de la administración y de comorbilidades del paciente, pero no todos los pacientes los van a padecer.
El registro de dichos efectos en nuestros pacientes ha ayudado a constatar y tomar conciencia de dicha situación a nuestro personal de enfermería. Hasta la creación de las consultas monográficas de inmunodeficiencias primarias del adulto en Medicina Interna, todos los pacientes se premedicaban con corticoides y antihistamínico de forma rutinaria, al igual que ocurre en otros servicios y hospitales. La individualización de las medidas a tomar ha supuesto que de los pacientes del hospital de día se haya podido retirar al 50%.
El cambio a la vía subcutánea, aprobada en Aragón en mayo del 2018, se ha confirmado como una excelente alternativa, con la que han desaparecido los efectos adversos sistémicos y además ha supuesto un ahorro importante en la ocupación del hospital de día.
El documento sobre los efectos secundarios de las inmunoglobulinas intravenosas: causas y manejo, así como las comunicaciones a congresos de nuestros resultados, esperamos que sea de gran ayuda para mejorar progresivamente dicho manejo.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1273

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS ADMINISTRADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1273 ========== ***

Nº de registro: 1273

Título
OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS ADMINISTRADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

Autores:
BIELSA MASDEU ANA MARIA, PEREZ CONESA MERCEDES PILAR, MORALES MARIN MARIA ANGELES, CASAFRANCA PINILLA ISABEL, CIPRES SERRANO SUSANA, ROYO PEREZ ANA, FERNANDEZ MAIÑAR TERESA, MIÑES FERNANDEZ PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El correcto manejo de los pacientes en tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) es una importante área de mejora en el HUMS. Prácticamente a diario se atienden pacientes en el hospital de día, el hospital de semana o en las plantas de hospitalización para infusión de IGIV, bien como tratamiento sustitutivo de por vida, cada 2-4 semanas, en las inmunodeficiencias primarias (IDP) o como tratamiento inmunomodulador en algunas enfermedades autoinmunes. De todos ellos, una parte importante están a cargo de especialistas de medicina interna. Los efectos secundarios derivados del tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas se han descrito hasta en el 87% de los pacientes y pueden ser leves (los más frecuentes), moderados o graves. Son más frecuentes en las primeras infusiones y dependen de diferentes factores, entre ellos la concentración de inmunoglobulinas, velocidad de infusión, temperatura del preparado, de factores derivados de la fabricación de las mismas y de ciertos factores de riesgo que puede tener el propio paciente. A menudo los pacientes son premedicados de forma sistemática y de por vida con diferentes fármacos intravenosos como corticoides, analgésicos y antihistamínicos. Esta premedicación a su vez también es causa de efectos secundarios que pueden durar hasta 24 horas.
La aparición de efectos secundarios como disnea, hipertermia, temblor, hipertensión, en un paciente dado ha provocado en algunas ocasiones la suspensión del tratamiento y el desperdicio de un preparado de elevado precio como son las IGIV.
Se ha aprobado en Aragón el uso de preparados de inmunoglobulinas para administración por vía subcutánea para los pacientes con IDP que cumplen determinados requisitos. Con el uso de esta vía desaparecen prácticamente los efectos secundarios sistémicos. El conocimiento de dichos preparados por parte de enfermería puede favorecer que otros pacientes de otras especialidades o en otros hospitales se beneficien de ellos.
Es necesario que en hospital de día y hospital de semana se promueva la mejora del conocimiento de los efectos adversos de las IGIV, los factores que pueden desencadenarlos, como minimizarlos, y qué medidas se pueden adoptar para prevención primaria y secundaria y para su adecuado tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar el conocimiento de las causas que propician dichos efectos adversos y su adecuado manejo entre el personal de enfermería que atienden a los pacientes de Medicina Interna en tratamiento con IGIV.
Protocolizar el manejo de cada efecto secundario.
Registrar de forma protocolizada la aparición, evolución y manejo de los efectos secundarios en cada infusión.
Disminuir el número y gravedad de efectos secundarios y el uso de premedicación.

MÉTODO
Creación de un grupo de trabajo con un facultativo del servicio de medicina interna de la unidad de enfermedades autoinmunes sistémicas y otro de la consulta de inmunodeficiencias primarias junto con personal de enfermería del hospital de día y del hospital de semana.
Elaboración de un manual de manejo del uso de las IGIV.
Elaboración de la ficha con los datos a recoger de cada paciente en cada infusión.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1273

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS ADMINISTRADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

Tras el inicio del proyecto se hará un análisis de los siguientes indicadores:
- porcentaje de pacientes con efectos secundarios, tipo de efecto secundario, y tratamiento requerido
-porcentaje de pacientes a los que se ha conseguido disminuir la premedicación a lo largo del año
- porcentaje de pacientes a los que se ha conseguido suprimir la premedicación a lo largo del año
-porcentaje de pacientes que han optado por cambiar de vía de administración con paso a la subcutánea, para evitar los efectos secundarios

DURACIÓN
Reunión del grupo de trabajo en la segunda quincena de abril del 2019
Elaboración de la ficha con los datos a recoger en mayo
Recogida, análisis y puesta en común de los datos a evaluar al final del tercer quatrimestre.
Difusión de los resultados en reuniones de enfermería y medicina interna el final del último quatrimestre y en Congresos cuando se celebren.

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 - 2019/1292

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA COLLADOS ABAD
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALDEA CUENCA ELENA
ANDOLZ HORNO MARTA
ALCOLEA HERRERO BEATRIZ
HERNANDEZ SANCHEZ LETICIA
HUERGA IBAÑEZ DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A principios de marzo de 2019 en la Unidad de Medicina Interna planta 10ª a la que pertenece el Módulo Penitenciario (MP), creamos un grupo de trabajo con la motivación de mejorar la continuidad de cuidados enfermeros entre Atención Especializada (AE) y Atención Penitenciaria (AP). Hasta esa fecha prácticamente no existía comunicación activa entre los centros y el informe de continuidad de cuidados enfermeros se realizaba en pocas ocasiones, con los respectivos problemas que ello conllevaba.
Durante marzo se trabajó realizando revisiones bibliográficas, buscando información y material disponible y preparando la metodología del proyecto. Se preparó una gráfica para recoger los datos necesarios para el seguimiento y valoración de los indicadores:

- Fecha de ingreso y alta.
- Especialidad asignada.
- Informe de continuidad de cuidados (ICC) al ingreso desde el Centro Penitenciario (CP) (SI-NO).
- Alta de enfermería desde el hospital (SI-NO).
- Necesidad de alta de enfermería (SI-NO)
- Incidencias al ingreso por falta de ICC.
- Posible disminución de días de ingreso gracias a la comunicación intercentros.

Los registros de datos de los pacientes se realizaron desde el 3 de abril hasta el 31 de diciembre.
Se convocó una primera reunión el 1 de abril con los compañeros enfermeros de la planta para comunicarles e informarles sobre el proyecto de mejora y pedir su colaboración. En octubre y diciembre se realizaron nuevas reuniones para comunicar la buena evolución de los datos obtenidos hasta las fechas indicadas.
El 28 de marzo primer contacto con Rebeca LLopis, representante de enfermería del Centro Penitenciario (CP) de Zuera, para exponer el proyecto y saber la opinión del colectivo enfermero de los CPs de Zuera y Daroca.
Durante el mes de abril realizamos una encuesta a las enfermeras de la planta y a las de los CPs para saber la opinión sobre la continuidad de cuidados entre AE y AP. Los resultados tanto de las compañeras de los CPs como del hospital fueron muy parecidos. Un porcentaje muy alto coincidían en que los pacientes pocas veces ingresaban con ICC y estaban de acuerdo en que esto aumenta las incidencias, errores y recursos. El 90% estaban totalmente de acuerdo en que la comunicación entre AE y AP ayuda a dar continuidad a la atención prestada y el ICC resulta una herramienta eficaz de comunicación.
El 9 de mayo tres enfermeras del CP de Zuera vinieron a conocer la estructura y funcionamiento de la Unidad de Custodia Hospitalaria (UCH). Fue la primera reunión in situ entre enfermería penitenciaria y especializada.
Igualmente, el 30 de mayo cuatro componentes del grupo de mejora nos reunimos con las enfermeras en la cárcel de Zuera, conociendo a las compañeras, instalaciones y forma de trabajo del CP.
Las reuniones con el grupo de mejora se realizaron cada mes. Con la enfermera representante de Zuera nos reunimos cada dos meses y mantuvimos una comunicación activa vía telefónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES

- Desde el 3 de abril al 31 de diciembre ingresaron en el MP un total de 105 pacientes. Las especialidades asignadas y número de pacientes fueron:

Medicina Interna: 18. Psiquiatría: 13. Digestivo: 11. C.ORL y Maxilofacial: 11. Cirugía General: 9. Neumología:9. Cardiología: 5. Neurología: 4. Urología:4. Infecciosas:3. Oncología: 3. Vascular: 3. Fx y Tumores: 2. Endocrino: 2. Hematología: 2. COT: 2. CIR Hepatobiliar: 1. CIR Coloproctológica: 1. Cirugía Plástica:1. C. Torácica: 1.

Estas fueron las especialidades asignadas al ingreso. En algunas ocasiones por el curso clínico del paciente cambiaron de responsable. Hay que tener en cuenta que un tanto por ciento muy alto de estos pacientes tiene un perfil pluripatológico y problemas psiquiátricos.

- Nº de pacientes que se van con ICC al alta/nº de pacientes que precisan de continuidad de cuidados X 100.

Del 3 de abril al 20 de agosto: 30 paciente precisaban de continuidad de cuidados al alta. Se fueron con ICC 2 pacientes. (2/30) X 100 = 6,6%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1292

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA

Del 21 de agosto hasta el 15 de octubre: 24 pacientes precisaban continuidad de cuidados al alta. Se fueron con ICC 14 pacientes.
(14 /24) X 100 = 58,3%.

Del 16 octubre al 31 de diciembre: 23 pacientes precisan continuidad de cuidados al alta. Se fueron 29 con ICC. Pensamos que era importante que las compañeras de los CPs supieran del proceso del paciente en el hospital, aunque no precisara de cuidados específicos.
(29 /23) x100 = 126 % de los pacientes que precisaban continuidad de cuidados se fueron con ICC.

El objetivo a alcanzar era del 50%. CONSEGUIDO.

- Nº total de altas de enfermería realizadas (del hospital al CP) /Nº total de altas X 100

Del 3 de abril al 20 de agosto: De 42 pacientes dados de alta, 2 se fueron con alta de enfermería. (2/42) X100 = 4,7%.

Del 21 de agosto hasta el 15 de octubre: De 27 pacientes dados de alta, 20 se fueron con alta de enfermería. (20/27) X 100 = 74%.

Del 16 octubre al 31 de diciembre: De 34 pacientes dados de alta (2 fueron exitus), 30 se fueron con alta de enfermería.
(30/34) X 100 = 88,2% de pacientes que se fueron de alta lo hicieron con el alta de enfermería.

El objetivo a alcanzar era 50%. CONSEGUIDO.

- Nº total ingresos con ICC desde el CP/Nº total de ingresos desde CP x 100.

Del 3 de abril al 20 de agosto: De 42 pacientes que ingresaron desde los CPs 3 llegaron con ICC. (3/42) x 100 = 7,1%.

Del 21 de agosto hasta el 15 de octubre: De 27 pacientes que ingresaron desde los CPs 14 llegaron con ICC. (14/27) x 100 = 51%.

Del 16 octubre al 31 de diciembre: De 33 pacientes que ingresaron desde los CPs 22 llegaron con ICC. (22/33) X 100 = 66,6 % de pacientes que ingresaron en el MP desde los CPs llegaron con ICC.

El objetivo a alcanzar era 50%. CONSEGUIDO.

- Nº de pacientes que al ingreso resultaron con incidencias por falta de ICC/Nº total de ingresos X100.

Del 3 de abril al 20 de agosto: 14 de los pacientes que ingresaron en el MP sin informe desde el CP produjeron incidencias. (14/42) X100 = 33,3%.

Del 21 de agosto hasta el 15 de octubre: 6 de los pacientes que ingresaron en el MP sin informe produjeron incidencias.
(6/27) X 100 = 22,2%.

Del 16 octubre al 31 de diciembre: 5 de los pacientes que ingresaron en el MP sin informe produjeron incidencias.
(5/33) X 100 = 15% de los pacientes que ingresaron sin ICC produjeron incidencias por falta de información.

Objetivo a alcanzar disminuir las incidencias gracias al ICC un 10%. Han disminuido desde el principio del proyecto en un 18%. CONSEGUIDO.

- Reuniones de trabajo.

Mensuales con el grupo de mejora…. SI.
Bimensuales con la representante del CP…. SI.
Reuniones in situ CP y HUMS…. SI.

- Nº de pacientes que disminuyen días de ingreso gracias a la comunicación y coordinación bidireccional.

Del 3 de abril al 20 de agosto: objetivamente ninguno.

Del 21 de agosto hasta el 15 de octubre: 1 paciente.

Gracias a la comunicación entre enfermeras del CP de Zuera y la UCH, un paciente que debía estar en aislamiento hasta conocer resultados pendientes, recibió el alta con las recomendaciones del servicio de M. preventiva, al asumir el CP su aislamiento.

Del 16 octubre al 31 de diciembre: 3 pacientes.

2 pacientes que empezaron a usar inhaladores por primera vez acortaron la estancia gracias a que tras hablar con las compañeras asumieron el adiestramiento en su manejo, así como de otro paciente que empezó a utilizar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1292

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA

insulinas por primera vez.

RESULTADOS
Comenzamos el trabajo en marzo formando un grupo de trabajo con la intención de mejorar la comunicación y los cuidados enfermeros entre AP y AE. Desde el 3 de abril al 31 de diciembre 105 pacientes ingresaron en el MP procedentes principalmente de CP de Zuera y Daroca. Las patologías correspondientes a estos pacientes fueron muy diversas, tanto quirúrgicas como médicas, a lo que hay que sumar que el paciente recluso suele tener un perfil pluripatológico, con altas prevalencia de trastornos mentales y adicciones. Están también sometidos a estrés emocional y grave riesgo de exclusión social, lo que suele llevar asociado que sea un paciente muy demandante. Todo esto se traduce en una gran demanda de cuidados de enfermería.
Los primeros cuatro meses mientras preparábamos las reuniones, encuestas y metodología del proyecto, la realización de altas e informes de continuidad de cuidados siguieron la pauta habitual.
Por medio de los datos registrados y los indicadores pudimos confirmar que prácticamente no se realizaban altas de enfermería en pacientes que precisaban seguir con cuidados enfermeros en el CP (6,6%).
En los últimos meses se están realizando altas incluso a los pacientes que en un principio no precisan continuidad de cuidados, esto es debido a que por sus circunstancias especiales entendemos que es importante mandar información a las compañeras de los CPs sobre el proceso de hospitalización y la medicación administrada el día del alta. Hay que tener en cuenta que en el CP no tienen acceso a la historia clínica del SALUD. Terminamos el año realizando un 90% de altas de enfermería del total de las altas del MP.
Desde los CPs ingresaban pocos pacientes con ICC, lo que en bastantes ocasiones se traducía en incidencias, por ejemplo: demandaban tratamiento que decían tomar en la cárcel y no tenían pautado al ingreso, medicación que no les habían dado antes de salir del centro, etc … Sin informe se pierde tiempo y recursos. Estos pacientes son muy demandantes, hasta llegar en ocasiones a ponerse agresivos y algunos intentan mentir sobre su tratamiento porque utilizan medicación como moneda de cambio en el CP. Al final del año alrededor de un 70% de ingresos llegan con ICC. En ocasiones el informe es enviado por fax cuando el recluso está ingresado por la imposibilidad de las compañeras de mandarlo con el paciente. Con el aumento del ICC al ingreso en el MP, las incidencias al ingreso del paciente descendieron un 18%.
Realizamos una reunión con las enfermeras del CP de Zuera en la UCH y otra en la cárcel de Zuera, quizá la actividad más importante para dar fuerza y sentido al trabajo. Las compañeras del CP de Zuera nos enseñaron numerosas facetas que desconocíamos de los reclusos, los problemas que ellas tienen para desarrollar su trabajo y la dificultad para obtener información clínica del paciente ya que no tienen acceso a la historia del SALUD. A su vez pudimos ver su gran potencial como enfermeras de Atención Primaria lo que nos beneficia para la continuidad de cuidados enfermeros del paciente entre AP - AE y posibilidad de disminuir días de ingreso en determinados procesos.
Durante los últimos cuatro meses gracias a la comunicación con las enfermeras del CP cuatro pacientes disminuyeron sus días de ingreso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El haber podido realizar este proyecto y haber conseguido los objetivos planteados con éxito ha sido gracias al equipo de enfermeras del MP, planta 10º HUMS.
Creemos que es importante dar visibilidad a la enfermería penitenciaria, conocer su trabajo ha sido importante para coordinarnos en la continuidad de los cuidados enfermeros.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1292 ========== ***

Nº de registro: 1292

Título
CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA.

Autores:
COLLADOS ABAD ANA CRISTINA, ALDEA CUENCA ELENA, ANDOLZ HORNO MARTA, ALCOLEA HERRERO BEATRIZ, HERNANDEZ SANCHEZ LETICIA, HUERGA IBAÑEZ DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODO TIPO DE PATOLOGÍAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1292

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA

Otro tipo Objetivos: Generales y específicos

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

PROBLEMA
El Módulo Penitenciario del HUMS es la Unidad de Atención Especializada de referencia de la población reclusa de las cárceles de Zuera y Daroca principalmente. El número aproximado de esta población es de unos 1800 presos. En nuestra unidad disponemos de 8 camas reservadas para estos pacientes. Los ingresos y las altas se suceden diariamente y el médico responsable de cada interno dependerá de la especialidad designada a cada caso.
El paciente penitenciario suele tener un perfil pluripatológico, con altas prevalencias de trastornos mentales y adicciones. Sometidos a estrés emocional y grave riesgo de exclusión social, lo que suele llevar asociado que sea un paciente muy demandante.
Al ingreso, el paciente llega desde el Servicio de Urgencias o de manera programada custodiado por Guardia Civil o Policía Nacional. Normalmente y en el mejor de los casos la información sanitaria que porta el paciente se limita a describir el proceso agudo por el cual ha sido trasladado al hospital y algunas veces el tratamiento que toma. Consideramos que esta situación puede perjudicar al paciente y conlleva riesgo de errores, pérdida de tiempo y recursos. Al alta hospitalaria ocurre una situación similar, quedando incompleta la información para el centro penitenciario pues no suele incorporarse los cuidados enfermeros realizados o el seguimiento que precisa.
Hay internos que fuerzan los ingresos o reingresos para conseguir un beneficio personal como intentar contactar con familiares, salir de módulos de aislamiento, aumento de medicación… etc. Dichos ingresos podrían ser en algunos casos evitados o reducirse con una buena comunicación entre centros y estableciendo alguna medida de control.
Por lo que consideramos que la información y coordinación entre Atención Especializada y Atención Penitenciaria es imprescindible para la continuidad asistencial y cuidados enfermeros, lo que se traduce en una mejora de la eficiencia y la calidad.

RESULTADOS ESPERADOS
GENERAL.
Garantizar y mejorar la continuidad de los cuidados enfermeros entre los ámbitos asistenciales Penitenciario ---- Especializada.

ESPECÍFICOS.
1. Clasificar las principales patologías de los internos que ingresan en el módulo.
2. Verificar los cuidados enfermeros que conllevan las diferentes patologías.
3. Conocer el trabajo de ambos entornos asistenciales y potenciar su coordinación.
4. Activar la comunicación bidireccional y asegurar la continuidad asistencial.
5. Garantizar el registro y transmisión de la información y así disminuir la variabilidad en la praxis, errores, tiempo y recursos.
6. Evitar ingresos y reingresos por falta de comunicación y coordinación.

MÉTODO
- Creación del grupo de trabajo.
- Realizar una gráfica en la que se registrará la etiqueta del paciente, patología, incidencias, adicciones y si porta informe de cuidados al ingreso y alta.
- Tras la valoración de los datos anteriores, creación del grupo de trabajo compuesto por enfermeros de las diferentes instituciones penitenciarias y nuestro equipo de personal del módulo penitenciario del HUMS para conocer la estructura de trabajo en ambos servicios (intentar que sea in situ) y consensuar la mejor forma de comunicación entre ambos.
- Implimentar el programa de información y coordinación consensuada en el apartado anterior.
- Valoración del proyecto.

INDICADORES
Indicadores de la primera parte del trabajo
- Nº de pacientes con determinada patología/nº total pacientes x 100.
- Número de incidencias al ingreso por falta de comunicación.
- % de pacientes que deberían seguir cuidados enfermeros al alta.
- % de pacientes que ingresan sin la información precisa.

Indicadores segunda parte del trabajo
- % de registros consensuados cumplimentados para la continuidad de los cuidados al alta (al menos 50%).
- % de registros consensuados cumplimentados al ingreso del paciente (al menos 50%).

Indicadores ambas partes del trabajo.
- Mínimo una reunión bimensual del grupo de mejora.
- Tres reuniones con los compañeros de asistencia penitenciaria.
- Encuesta de satisfacción del personal de enfermería.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1292

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA

Abril 2019: formación del grupo de mejora y explicar el proyecto al personal de la unidad. Primer contacto con enfermeros de Zuera y Daroca.
Abril – Agosto 2019: configurar e implementar la gráfica donde se van a recopilar los datos necesarios para realizar los porcentajes de valoración inicial.
Septiembre: recopilación de datos y valoración. Reunión con los compañeros de asistencia penitenciaria. Elaborar el método para la información recíproca (registros consensuados y si se precisa refuerzo telefónico).
Septiembre- Enero: implementación de los registros consensuados de altas e ingresos.
Enero 2020: Reunión del grupo y 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 - 2019/1382

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tal y como planteamos en el proyecto 1382 hemos realizado un seguimiento sistemático por parte del servicio de medicina interna de al menos el 90% de los pacientes que han salido de la UCI al servicio de neurocirugía. Esta actividad se ha llevado a cabo mediante el contacto telefónico por parte de la UCI con nuestro teléfono corporativo 48 horas antes de la salida. Nos hemos reunido para comentar los pormenores de la evolcuión en UCI y el plan a sguir en planta de hospitalización. Habitualmente los propios intensivistas han continuado valorando al paciente en planta de neurocirugía durante 24-48 horas tras el alta de su unidad, pasandonos posteriormente el testigo pasra continuar nosotros el seguimiento evolutivo de estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador nº1: Número de pacientes al mes que salen de la UCI y seguimos en planta: objetivo cumplido (st 90%).
Indicador nº2: número de pacientes que reingresan en UCI: objetivo cumplido (st menor 4%).
Indicador nº3: número de pacientes que fallecen en planta tras salir de UCI. Excluidos los que tiene limitado el esfuerzo terapéutico. Objetivo cumplido (st inferior al 2%).
Estancia media de los pacientes: comparado con estancias previas no ha habido modificación por lo tanto, objetivo no cumplido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Uno de nuestro propósitos en este proyecto era realizar una encuesta de satisfacción a los familiares y no se ha podido llevar a cabo por falta de tiempo.
La estrecha comunicación entre el servicio de cuidados intensivos y medicina interna redunda en una menor morbimortalidad de estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.
Sería interesante ampliar esta colaboración a pacientes pertenecientes a otras especialidades.

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

Nº de registro: 1382

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque .....:

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

1. TÍTULO

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

Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1388

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL PARA LA AUTOADMINISTRACION DE GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE SUBCUTANEA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES MORALES MARINA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BIELSA MASDEU ANA MARIA
CASAFRANCA PINILLA ISABEL
CASTRO FERNANDEZ BELEN
GRIMA CAMPOS LAURA
MORALES HIJAZO LORENA
ENGUITA QUINTANA EVA
GARCIA SERRANO CONCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó el grupo de trabajo con el facultativo del servicio de medicina interna responsable de la consulta de inmunodeficiencias primarias (IDP) junto con personal de enfermería del hospital de día polivalente.
Se asistió a una sesión formativa en el hospital de día de nuestro hospital y otra en otro hospital de Madrid, ambas organizadas por los laboratorios farmacéuticos.
Se revisaron los manuales de los fabricantes de cada producto y los existentes en otros hospitales y uno elaborado por un paciente.
Se ha elaborado un tríptico con la información previa a la elección del tipo de inmunoglobulina a infundir con explicación básica de en qué consiste y las diferencias fundamentales de interés para el paciente de cada preparado. Efectos secundarios más frecuentes y su manejo. Enlaces de internet a través de los que puedan ver como se realiza la autoadministración de cada preparado. Nombre de la especialista responsable de las consultas de IDP. Datos del Hospital de Día: localización, número de teléfono y nombre de la enfermera de referencia del hospital de día al que deberán acudir para las primeras administraciones y para la formación. Localización, teléfono y horario de Farmacia para pacientes externos.
Se ha pedido a los pacientes que aporten su opinión e ideas de mejora del mismo.
Se ha elaborado un manual para la autoadministración de la IGSC al 20% enfocado al paciente y otro enfocado a enfermería.
Se ha elaborado un manual para la autoadministración de la fIGSC al 10% enfocado al paciente y otro enfocado a enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha entregado el tríptico y manuales a todos los pacientes con nuevos diagnósticos, lo que ha facilitado la elección de la vía de administración según las preferencias individuales y ha aportado seguridad en los procedimientos a seguir.
La satisfacción de los pacientes en cuanto a la información y formación ha sido de 5 sobre 5 en el 100% de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Facilitar la información escrita a los pacientes permite una mejor toma de decisiones y una mayor seguridad al enfermo. La implicación del personal sanitario de enfermería y médico especialista, así como la colaboración de los pacientes en estos procesos, permite alcanzar un mejor resultado. Conocer el grado de satisfacción con esta iniciativa ha sido muy gratificante para todo el equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1388 ========== ***

Nº de registro: 1388

Título
CREACION DE UN MANUAL PARA LA AUTOADMINISTRACION DE GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE SUBCUTANEA

Autores:
MORALES MARIN MARIA ANGELES, BIELSA MASDEU ANA MARIA, CASAFRANCA PINILLA ISABEL, CASTRO FERNANDEZ BELEN, GRIMA CAMPOS LAURA, MORALES HIJAZO LORENA, ENGUITA QUINTANA EVA, GARCIA SERRANO CONCHA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1388

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL PARA LA AUTOADMINISTRACION DE GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE SUBCUTANEA

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

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

PROBLEMA
La correcta información y adiestramiento en el uso de las inmunoglobulinas subcutáneas (IGSC) en los pacientes con inmunodeficiencias primarias (IDP) es una importante área de mejora en el HUMS. Existen dos preparados disponibles en Aragón, uno de administración semanal (IGSC al 20%) y otro de administración mensual (fSCIG al 10%). Para para poder prescribirlos, los pacientes deben cumplir una serie de requisitos concretos. Ambos están indicados como terapia sustitutiva con igual eficacia entre ellas. El modo de administración difiere entre ambas y requiere un entrenamiento previo con personal de enfermería del hospital de día. Personal que a su vez, debe estar específicamente formado.
En las consultas monográficas de IDP de Medicina Interna se atienden a pacientes de nuestro sector y de otros sectores del SALUD que se derivan por sospecha de IDP, y para paso de inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) a IGSC, con el consiguiente incremento del número de pacientes en tratamiento sustitutivo, de aproximadamente uno nuevo al mes. Esta vía de administración tiene dos ventajas principales: se autoadministra en el propio domicilio, hecho importante dado que la mayoría de los pacientes son trabajadores, y tienen muchos menos efectos secundarios que las IGIV.
Dado el creciente número de pacientes atendidos en nuestras consultas con requerimiento de tratamiento con inmunoglobulinas, es necesaria la creación de una guía de actuación en conjunto con enfermería para facilitar la elección del preparado más adecuado a cada paciente y la correcta formación, así como la creación de un manual de ayuda al paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un tríptico con la información previa a la elección del tipo de IGSC en el que se facilite:
- Explicación básica de en qué consiste y las diferencias fundamentales de interés para el paciente de cada preparado.
- Efectos secundarios más frecuentes y su manejo
- Enlaces de internet a través de los que puedan ver como se realiza la autoadministración de cada preparado.
- Nombre de la especialista responsable de las consultas de IDP. Datos del Hospital de Día: localización, número de teléfono y nombre de la enfermera de referencia del hospital de día al que deberán acudir para las primeras administraciones y para la formación.

Elaborar un manual para la autoadminstración de la IGSC al 20%
Elaborar un manual para la autoadminstración de la fIGSC al 10%
RESULTADOS QUE SE ESPERAN CONSEGUIR
Mejorar la formación de dos enfermeras en el manejo de los preparados para la vía subcutánea.
Facilitar la elección del preparado más adecuado para las capacidades de cada paciente.
Facilitar el manejo por parte del paciente de los problemas y efectos secundarios que puedan surgir.

MÉTODO
Creación de un grupo de trabajo con el facultativo del servicio de medicina interna responsable de la consulta de inmunodeficiencias primarias junto con personal de enfermería del hospital de día.
Para la elaboración de los manuales, todos los miembros del grupo revisarán los manuales de los fabricantes de cada producto y los existentes en otros hospitales, además tendrán en cuenta las sugerencias de los pacientes atendidos hasta ahora y los que se vayan atendiendo hasta la finalización del proyecto.

INDICADORES
Tras el inicio de la entrega del tríptico y manuales se hará un análisis de los siguientes indicadores:
- número de pacientes a los que se ha indicado tratamiento con inmunoglobulinas subcutáneas / número de pacientes que reciben el manual
- encuesta de satisfacción a cumplimentar por el paciente tras finalizar el periodo de adiestramiento

DURACIÓN
Reunión del grupo de trabajo en la segunda quincena de abril del 2019.
Revisión de los manuales existentes y puesta en común de las sugerencias de los pacientes entre mayo y junio.
Asistencia a una sesión formativa organizada por el fabricante en junio.
Reunión de todo el grupo para poner en común los conocimientos adquiridos y sugerencias en junio.
Elaboración del tríptico a finales de junio.
Elaboración de los manuales a finales de junio.
Entrega de los trípticos y manuales de julio a diciembre del 2019.
Análisis de los resultados finalizado diciembre de 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1388

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL PARA LA AUTOADMINISTRACION DE GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE SUBCUTANEA

```
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 - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALRIA DE MEDICINA NUCLEAR

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES ABOS OLIVARES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ RUIZ SOLEDAD
FALGAS LACUEVA MARINA
DELGADO CASTRO MONSERRAT
TARDIN CARDOSO LETICIA
SANGROS SAHUN MARIA JOSE
RAZOLA ALBA PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2019 se ha continuado trabajando en la actualización de los protocolos y en la adaptación a un nuevo formato de la UCMHMN de Aragón y se ha actuado sobre el resto de los protocolos sobre los que no se había actuado en 2018. Además se han creado nuevos protocolos y se han desechado, protocolos obsoletos sobre técnicas que no se habían realizado en los últimos 5 años . Hemos incluido además de los diagnósticos todos los protocolos de Terapia.Listado de los procedimientos normalizados:

(Todos los protocolos en formato word y PDF han sido remitidos a las Unidades de calidad de los 2 hospitales para su publicación en las Intranets). Ya figuran actualizados en la Intranet del Sector II

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Adjuntamos el listado de todos los protocolos normalizados en 2019 . Pueden solicitarlos si lo desean a las Unidades de calidad a las que se han remitido u verlos de momento en la Intranet del sector II. Sería deseable que los protocolos pudieran consultarlos TODOS los facultativos de cualquier Hospital /Centros de Salud o Centros de Especialidades de Aragón.

Adjuntamos el listado de los revisados, actualizados o creados durante el 2019 Protocolos terapia normalizados en 2019:

Protocolos Terapia: Sobre los 5 de los que disponíamos al inicio de esta memoria se han contemplado 10 por la inclusión de nuevos tratamientos. De ellos 1 se normalizo en el año 2018 y el resto 9 en el 2019

1.- Terapia con 177Lu-DOTATATE

2.- TRATAMIENTO DE LESIONES HEPÁTICAS CON RADIOEMBOLIZACIÓN CON 90Y-MICROESFERAS

3.- SINOVIORTESIS ISOTÓPICA DE RODILLA

4.-TRATAMIENTO DE LINFOMA NO HODKIN FOLICULAR CON RADIOINMUNOTERAPIA (Zevalin®)

5.- TRATAMIENTO DE SÍNDROMES MIELOPROLIFERATIVOS CON
32P-FOSFATO SÓDICO

6.-TRATAMIENTO CON MIBG-131I DE TUMORES DE ESTIRPE ADRENAL

7.- TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIRODES
CON 131I

8.-TRATAMIENTO RADIOISOTOPICO DEL DOLOR ÓSEO CON 89S

9.- TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO CON 131

Protocolos diagnósticos normalizados en 2019:

Cirugía radioguiada: (5)

1.- LINFOGAMMAGRAFÍA

2.- LINFOGAMMAGRAFÍA, CIRUGÍA RADIOGUIADA Y BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE CERVIX

3.- LINFOGAMMAGRAFÍA, CIRUGÍA RADIOGUIADA Y BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA

4.- LINFOGAMMAGRAFÍA, CIRUGÍA RADIOGUIADA Y BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN MELANOMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALRIA DE MEDICINA NUCLEAR

5.-LINFOGAMMAGRAFÍA, CIRUGÍA RADIOGUIADA Y BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE VULVA

Digestivo (7)

6.- DETECCIÓN DE MUCOSA GASTRICA ECTÓPICA

7.- GAMMAGRAFÍA ARTERIAL HEPÁTICA PREVIA A TRATAMIENTO CON RADIOEMBOLIZACIÓN

8.- GAMMAGRAFIA ESPLÉNICA CON HEMATÍES DESNATURALIZADOS

9.- GAMMAGRAFÍA PARA LA DETECCIÓN DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

10.- GAMMAGRAFÍA PARA ESTUDIO DE TRÁNSITO ESOFÁGICO

11.- GAMMAGRAFÍA DE VACIAMIENTO GÁSTRICO DE SÓLIDOS

12.- REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Sistema Nervioso central (1)

13.- SPECT CEREBRAL CON 123I-IODOBENZAMIDA

Cardiología (3)

14.- PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON TECNECIADOS

15.- GAMMAGRAFÍA AMILOIDOSIS CARDIACA

16.- VENTRICULOGRAFÍA ISOTÓPICA EN EQUILIBRIO

VARIOS:

17.-GAMMAGRAFÍA CON GALIO

18.-. GAMMAGRAFÍA CON 99mTc-HMPAO-LEUCOCITOS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

19.- GAMMAGRAFÍA CON 99mTc-HMPAO-LEUCOCITOS EN INFECCIÓN DE PRÓTESIS VASCULARES

PET:

20.- PROCEDIMIENTO GENERAL PET-TC con 18F-FDG EN INFECCIÓN

21.- PET-TC con 18F-FDG EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

22.- PROCEDIMIENTO GENERAL PET-TC con 18F-FDG EN ONCOLOGÍA

23.- PET-TC con 18F-FLUOROCOLINA EN CARCINOMA DE PRÓSTATA

24.- PROCEDIMIENTO PET-TC CEREBRAL CON 18F-? amiloide para 18F-Florbetaben

TOTAL PROCEDIMIENTOS DE LOS QUE PARTÍAMOS :58
TOTAL REVISADOS Y ADAPTADOS EN 2018:31
TOTAL REVISADOS/DECLARADOS OBSOLETOS /CREADOS DE NUEVO:33

TOTAL PROTOCOLOS UCMHMNARAGÓN:64
TOTAL PROTOCOLOS ADAPTADOS UNIDAD:64. 100%
El indicador previsto de normalización del 100% de los procedimientos, está cumplido

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los objetivos del proyecto de mejora se han cumplido al 100% aunque la participación de los miembros del equipo de mejora no ha sido homogénea. Quizás en parte porque al depender de varias personas para conseguir la unificación de muchos procedimientos (carga muy importante de trabajo adicional), la delegación de tareas es a veces compleja e ingrata y el responsable del proyecto para conseguir su cumplimiento se atribuye mayor carga de trabajo de la debida

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALRIA DE MEDICINA NUCLEAR

Sería conveniente que los protocolos estuviesen a disposición de TODOS LOS FACULTATIVOS ARAGONESES. Por ello probablemente deberían colgar de la INTRANET DEL SALUD ADEMÁS DE LAS DE LAS PROPIAS DE CADA HOSPITAL, puesto que la UCMHMN de Aragón atiende a todos los Sectores

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1027 ========== ***

Nº de registro: 1027

Título
NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

Autores:
ABOS OLIVARES DOLORES, ANDRES GRACIA ALEJANDRO, ALVAREZ RUIZ SOLEDAD, FALGAS LACUEVA MARINA, DELGADO CASTRO MONTSERRAT, TARDIN CARDOSO LETICIA, SANGROS SAHAUN MARIA JOSE, RAZOLA ALBA PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología a valorar en un Servicio de Medicina Nuclear
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La creación de la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón representa una oportunidad de mejora en la provisión de servicios altamente especializados, unificando los procedimientos técnicos y homogeneizando la atención al conjunto de la población aragonesa.

RESULTADOS ESPERADOS
- Revisar y actualizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Medicina Nuclear
- Homogeneizar los procedimientos diagnósticos en la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón

MÉTODO
- Selección de los procedimientos que se van a revisar y de los documentos vigentes
- Selección revisor
- Normalización y revisión de los procedimientos
- Puesta en común entre los profesionales de la Unidad
- Incluir sugerencias
- Normalización a la Unidad y envío a las Unidades de Calidad

INDICADORES
-Número de procedimientos revisados/ Número total de procedimientos
2018: 50%
2019: 100%
El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.

La evaluación de indicadores se hará en diciembre de los años 18 y 19

DURACIÓN
El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.
La responsable de su implantación será la responsable del programa.
Se evaluarán los distintos protocolos dioagnósticos y terapéuticos de la Unidad, comunicándose modificaciones, si las hubiera, a los miembros del equipo.

OBSERVACIONES
Proyecto de la nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón, por lo que implica los dos hospitales universitarios de Zaragoza: HCULB y HUMS y a todas los Sectores sanitarios que abarcan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALRIA DE MEDICINA NUCLEAR

```
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 - 2019/0048

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA ESTIMACION DE EXPOSICION DERIVADA DE LOS PROCEDIMIENTOS PET DE MEDICINA NUCLEAR AL INFORME CLINICO DEL PROCEDIMIENTO Y AL HISTORIAL DOSIMETRICO DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LETICIA DE LA CUEVA BARRAO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Enero/19. Medicina Nuclear elabora un Nomenclátor actualizado de prestaciones de MN para cartera, se incluyen prestaciones PET-TC.
Se lleva a cabo reunión de trabajo con GIPE y Subdirección SSCC: •Se establecen campos de explotación del formulario de informe entre los que estará la estimación de dosimetría PET. •Se acuerda el modelo de informe clínico de la Unidad. •Se incluirá en el informe médico la dosis estimada de la exploración y la dosis acumulada, indicando la fecha en que se haya recibido. •La jefe de la Unidad se encargará de comunicar al Jefe de Archivos/Historias los cambios necesarios en historia electrónica.
Febrero /19 Se revisa en reunión de trabajo MN/GIPE: • Formulario de informe, •Formato de histórico de exposición, •Se concretan criterios de cálculo dosimétrico. •Se comprueba la posibilidad de utilizar los valores de la calculadora de exposición de la Soc americana de Nuclear.
MN y Física trabajan sobre la tabla de valores de dosis de la Sociedad americana de Nuclear, utilizando criterios RADAR de estimación de dosis, revisando el cálculo de la exposición de isótopos, por prestación y para cada grupo de edad en cada prestación y completando las que no se incluyen en ella.
También se revisa estimación de dosis de TC: valores (coeficientes) y fórmula para el cálculo de estas dosis, que se calculan en función del KV, edad y órgano.
Se envían a GIPE los datos definitivos para el cálculo de la exposición.
Se facilita a GIPE listado y NIF de personas que podrán informar.
Marzo •Elaboración técnica de la aplicación por parte de GIPE. •Validación del formulario: Se añade DLP Tronco en adulto = 0.015, Se reduce Dosimetría a 2 decimales, Quitar dosimetría histórica si es 0, Quitar dosimetría en prestaciones de Terapia. •Pruebas. • Formación de FEAs y MIRes.
Abril/19 Se inicia el informe en Historia electrónica y por tanto queda en funcionamiento el traslado de la información dosimétrica de estimación de dosis PET a los informes clínicos.
Julio/19 Se detectan errores en la elección de la prestación al realizar el informe.
Septiembre/19 El formulario carga automáticamente al entrar la prestación realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cumplimentación de calendario de trabajo Indicador: 100%
Estimación dosimetría en informes PET-TC: Indicador: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se detectan en el periodo de pruebas error en el cálculo de dosis de dos prestaciones; se comunica a GIPE, detectando la causa y corrigiéndola.
Tras puesta en marcha, errores aislados en la elección de la prestación al realizar el informe, cogiendo la que por defecto sale primera en el listado; esto lleva a un informe erróneo de la prestación realizada y de su estimación de dosis. Se decide dejar en blanco esa primera prestación del listado para que la persona que informa, se obligue a rellenarlo.
En septiembre, se incluye mejora técnica: el formulario carga automáticamente al entrar la prestación realizada, lo que evita definitivamente errores en el informe.

Excelente trabajo en equipo con Informáticos del Centro Gestión Integrada De Proyectos Corporativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/48 ========== ***

Nº de registro: 0048

Título
INCORPORACION DE LA ESTIMACION DE EXPOSICION DERIVADA DE LOS PROCEDIMIENTOS PET DE MEDICINA NUCLEAR AL INFORME CLINICO DEL PROCEDIMIENTO Y AL HISTORIAL DOSIMETRICO DEL PACIENTE

Autores:
DE LA CUEVA BARRAO LETICIA, ABOS OLIVARES MARIA DOLORES, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, PUEYO FUENTES SUSANA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0048

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA ESTIMACION DE EXPOSICION DERIVADA DE LOS PROCEDIMIENTOS PET DE MEDICINA NUCLEAR AL INFORME CLINICO DEL PROCEDIMIENTO Y AL HISTORIAL DOSIMETRICO DEL PACIENTE

CALDERON CALVENTE MARIA, MARTON AGUIRRE FRANCISCO JAVIER, ALASANZ ELICE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODO TIPO DE PATOLOGÍA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: MEjora satisfacción de clientes en el marco SGC ISO 9001

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

PROBLEMA
En febrero de 2018 entró en vigor la Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo Europeo que establece la obligación de que “la información relativa a la exposición del paciente sea parte del informe del procedimiento médico-radiológico” (artículo 58b). La norma establece además, para equipos TC instalados a partir de febrero de 2018, transferir la información dosimétrica al informe de la exploración (artículo 60.3f). A la espera de la trasposición nacional de la Directiva europea, en 2017 Medicina Nuclear en el HUMS implementó como objetivo ISO 9001 el registro de la estimación dosimétrica de la exposición a radiación ionizante en los informes de sus procedimientos diagnósticos. En abril de 201 entra en funcionamiento un equipo PET-TC en la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón, por lo que se plantea impulsando la mejora continua, completar el registro de la estimación de dosis en Medicina Nuclear añadiendo la dosimetría derivada de los radiofármacos PET.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo de proceso ISO 9001:2015 en el marco de la estrategia de seguridad de pacientes: mejora del registro e incorporación al informe clínico de la estimación de la exposición por procedimientos de Medicina Nuclear, incluyendo la exposición por administración de radiofármacos emisores de positrones, en cumplimiento de la Directiva 2013/59/Euratom para la protección de la exposición a radiaciones ionizantes.

MÉTODO
? Protocolización, en Medicina Nuclear, de la actividad (mCi) a administrar a pacientes en estudios PET-TC con 18F-FDG y 18F-Colina.

- Análisis con el Servicio de Física y Protección Radiológica de los valores de referencia de exposición disponibles para los estudios PET.
- Análisis con el Servicio de Informática del HUMS y el Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos del SALUD de la posibilidad de incorporar el valor de exposición al informe clínico mediante el cálculo automático a partir del peso o superficie corporal del paciente y la dosis de radiofármaco administrada.
- Implementación
- Puesta en marcha en pruebas
- Comunicación al personal de la Unidad: Jefatura de Servicio
- Puesta en marcha y difusión del proyecto
- Evaluación: responsable de calidad

INDICADORES
1.Cumplimentación de calendario con registro en acta de las iniciativas y avances de las reuniones del grupo de trabajo: febrero y mayo 2019
Indicador: (Reuniones realizadas/reuniones previstas)*100
Estándar: 100% Objetivo: 100%
2.Muestreo de conveniencia para evaluación de calidad seleccionando al azar 40 informes de procedimientos en historia electrónica realizados durante el mes de diciembre de 2019 (10 informes de cada semana).
Indicador: (Nº informes con registro de dosimetría en HpDoctor/total informes)*100
Estándar: 100%
Objetivo: 95%

DURACIÓN
Febrero 2019: Reunión del grupo de trabajo
- Análisis de la situación y necesidades
- Asignación de tareas y calendario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0048

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA ESTIMACION DE EXPOSICION DERIVADA DE LOS PROCEDIMIENTOS PET DE MEDICINA NUCLEAR AL INFORME CLINICO DEL PROCEDIMIENTO Y AL HISTORIAL DOSIMETRICO DEL PACIENTE

```
 - Febrero -mayo 2019:
- Desarrollo
- Reunión del grupo de trabajo
- Junio 2019: pruebas en informe
- Septiembre 2019
- Reunión informativa a los profesionales de MN
- Puesta en marcha
- Difusión
- Diciembre 2019
- Evaluación
- Reunión de cierre o acciones de mejora en caso necesario

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 - 2019/1108

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO (IQZ)

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA CORTES RAMAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS
LAHUERTA LORENTE LOURDES
CANTIN BLAZQUEZ SONIA
MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD
DUQUE MALLEN MARIA VICTORIA
NEGREDO QUINTANA ISABEL
ALONSO ESTEBAN MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A continuación, se presenta un resumen del estado de las diferentes actividades previstas en el proyecto "Seguridad del paciente: Infección Quirúrgica Zero (IQZ)":

- Revisar y diseñar un registro con la información adecuada para permitir la evaluación de las medidas implantadas para la prevención de infección de herida quirúrgica. Al revisar los registros realizados en cada intervención quirúrgica, observamos que se cumplimentaban diferentes formatos (hoja de circulante, check list quirúrgico, hoja de acogida...) y algunos ítems se recogen en formatos diferentes y otros no se recogen adecuadamente. Por ello se ha diseñado un borrador de un formato que permita simplificar la recogida de datos y favorecer así su cumplimentación. Dicho documento se encuentra pendiente de valoración y aprobación si procede.
- Formar al personal sanitario. Desde 2018 se han llevado a cabo un total de 9 sesiones para formar a todo el personal de enfermería y facultativos del bloque quirúrgico. Sin embargo, los diferentes procesos de cambio de personal acontecidos nos obligan a realizar nuevas sesiones para formar al personal de nueva incorporación, estando pendiente la elaboración de un cronograma de sesiones.

Por otro lado, dado que en la web del proyecto IQZ no se dispone de formación específica y remite a la formación del programa "Cirugía segura", se están llevando a cabo los trámites para inscribir al hospital en este programa y poder acceder así a la formación.

- Proponer la introducción y uso de dispositivos que permitan la implementación del paquete de medidas propuestos en el bundle de IQZ. Se está gestionando la adquisición de aplicadores desechables de clorhexidina para la antisepsia de campo quirúrgica.
- Realizar auditoría del grado de cumplimiento y calidad de los datos recogidos en los nuevos registros. No se ha realizado puesto que está pendiente la aprobación de un formato definitivo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aunque no se ha podido realizar la medición de los indicadores con la nueva hoja de datos, se presentan los resultados de los indicadores disponibles hasta el momento:

- Porcentaje de registro de tiempo de incisión en el registro quirófano. Se establece un estándar de =90%. De las 217 historias evaluadas, correspondientes a intervenciones quirúrgicas realizadas entre el 4 y el 8 de noviembre, sólo en el 31% de los casos se registra la hora de la incisión, con lo que no se cumple el objetivo establecido.
- Adecuación global de la profilaxis AB. Se establece un estándar de =85%. El grado de cumplimento global para todos los servicios quirúrgicos en 2019 se valora retrospectivamente mediante la revisión de historias clínicas de las intervenciones realizadas entre el 4 y el 8 de noviembre de 2019. El resultado obtenido es de adecuación de profilaxis en el 84,1%. Sin embargo, si nos referimos a los servicios quirúrgicos implicados en IQZ los resultados son 89,7% para cirugía general (la sección de coloproctología el grado de cumplimiento es del 94,2%), 97,3% en Traumatología (en la sección de rodilla es del 98,2%) y 85,7% en Ginecología. Señalar que estos datos se refieren a intervenciones quirúrgicas programadas con grado de contaminación limpia, limpia-contaminada y contaminada. Como se observa, se supera ampliamente el estándar establecido en todos los casos
- Cumplimiento global de la aplicación de Clorhexidina Alcohólica (CA) y la Cumplimiento global de la eliminación del vello. No se dispone de datos ya que no se ha podido implantar el nuevo formato.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque se han empezado a dar los primeros pasos en el proyecto IQZ, todavía quedan aspectos pendientes como:

- Aprobación e implementación de la nueva hoja de recogida de datos para facilitar la cumplimentación de la misma y evitar duplicidades.
- Adquisición de aplicadores desechables de clorhexidina que faciliten la correcta antisepsia de campo quirúrgico.
- Se deben tomar medidas para la correcta cumplimentación de los tiempos quirúrgicos, entre los que se encuentra el momento de la incisión.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1108

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO (IQZ)

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1108 ========== ***

Nº de registro: 1108

Título
SEGURIDAD DEL PACIENTE: INFECCION QUIRURGICA ZERO (IQZ)

Autores:
CORTES RAMAS ANA MARIA, HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, LAHUERTA LORENTE LOURDES, CANTIN BLAZQUEZ SONIA, MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD, DUQUE MALLEN MARIA VICTORIA, NEGREDO QUINTANA ISABEL, ALONSO ESTEBAN MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Artrosis de rodilla, patología colón y ginecológicas
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La infección de lugar quirúrgico (ILQ), supone un importante problema para la seguridad de los pacientes, y es una de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria más frecuentes. Es por ello que el Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos (PRAN), en su línea estratégica III (Prevención en Salud Humana), incluye "la prevención de la infección del lugar quirúrgico". Dentro de este apartado se hace especial desarrollo al proyecto de Infección Quirúrgica Zero (IQZ). Por otra parte, el PRAN trabaja en permanente colaboración con la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para ampliar el alcance de los programas de prevención ya existentes y desarrollar nuevas iniciativas. El proyecto IQZ está incluido en el Programa 3 de la Estrategia de Seguridad del paciente y recoge un paquete de medidas de probada eficacia en la reducción de la infección de herida quirúrgica.
El HUMS se incorporó al proyecto en 2018. Durante ese año, se realizó un estudio que puso de manifiesto una serie de debilidades en el sistema de información que no permitían evaluar correctamente las medidas propuestas en el bundle: en el 70% de los registros de quirófano no figura el tiempo de incisión; no se registra, ya que no existe un campo específico, el tipo de antiséptico utilizado para la antisepsia del campo quirúrgico y, aunque se registra la realización de la eliminación del vello, no se registra la calidad/adecuación del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reducir la infección de herida quirúrgica en los procedimientos de prótesis de rodilla, cirugía de colon y ginecología.
- Adecuar los sistemas de información de HUMS de modo que permitan evaluar la adecuación de las medidas de prevención.
- Mejorar la cultura de seguridad de los profesionales sanitarios en las unidades de implantación del proyecto.

MÉTODO
- Revisar y diseñar un registro con la información adecuada para permitir la evaluación de las medidas implantadas para la prevención de infección de herida quirúrgica.
- Formar al personal sanitario en la importancia de la recogida y cumplimentación correcta de los registros.
- Formar a los profesionales de enfermería en seguridad del paciente para la prevención y control de la infección de herida quirúrgica.
- Proponer la introducción y uso de dispositivos que permitan la implementación del paquete de medidas propuestos en el bundle de IQZ.
- Realizar auditoría del grado de cumplimiento y calidad de los datos recogidos en los nuevos registros.
- Evaluar el seguimiento de las medidas básicas IQZ

INDICADORES
INDICADOR FORMULA ESTANDAR
- Porcentaje de registro de tiempo de incisión en el registro quirófano:
- Nº de registros en los que tiempo de incisión/Nº de registros evaluados
- Estándar: =90%
- Adecuación global de la profilaxis AB:
- Nº de IQ con la profilaxis adecuada/Nº de intervenciones evaluadas
- Estándar: =85 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1108

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO (IQZ)

• Cumplimiento global de la aplicación de Clorhexidina Alcohólica (CA):
- Nº de IQ con adecuado uso de CA/ Nº de intervenciones evaluadas
- Estándar: 50%
• Cumplimiento global de la eliminación del vello:
- Nº de IQ con adecuada eliminación vello/ Nº de intervenciones evaluadas
- Estándar: 50%

DURACIÓN
• Diseñar un registro con la información adecuada a las necesidades de seguridad y legislativas.
- Responsables: Ana Mª Cortés Ramas, Lourdes Lahuerta Lorente, Natividad Marcellán Raulda y Sonia Cantín Blazquez
- Tiempos previstos: 2 meses
• Formación en profesionales de enfermería para la correcta y completa cumplimentación de variables.
- Responsables: Ana Mª Cortés Ramas, Mª Jesús Hernández Navarrete, Natividad Marcellán Raulda y Sonia Cantín Blazquez
- Tiempos previstos: 1mes
• Adquisición de aplicadores de antiséptico.
- Responsables: Lourdes Lahuerta Lorente, Natividad Marcellán Raulda
- Tiempos previstos: 1mes
• Estudio a través de muestreo de evaluación de cumplimiento criterios básicos IQZ.
- Responsables: Ana Mª Cortés Ramas y Mª Jesús Hernández Navarrete
- Tiempos previstos: 1mes

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 - 2019/1190

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVES DE FORMACION Y OBSERVACIONDEL CUMPLIMIENTO PARA SU MEJORA. IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE PREQUIRURGICA CONPRODUCTOS DE BASE ALCOHOLICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... TERESA GIMENEZ JULVEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS
CORTES RAMAS ANA MARIA
LAPRESTA MOROS CARLOS
SERRANO TRILLO INMACULADA
MARTINEZ GONZALEZ DE UBIETA CAROLINA
GARCIA ORTEGA MARIANA
USON LUCEA SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Estructura
• Se han revisado los diferentes bloques quirúrgicos para detectar las necesidades estructurales previas a la implantación de higiene prequirúrgica con PBA
• Se ha coordinado con las supervisoras implicadas la colocación de carteles, relojes y dispensadores para la implantación de higiene prequirúrgica con PBA en los bloques quirúrgicos A+ B + CMA+ Hospital Materno Infantil + Paritorios + Salas blancas Consultas Externas (en total unas 50 ubicaciones).
Pendiente su extensión de salas blancas de CME Ramon y Cajal y San Jose, radiología intervencionista, hemodinámica, electrofisiología.
Formación
Las actividades previstas se van a desglosar según los destinatarios de las acciones
A) Personal de Enfermería
• Se ha diseñado material formativo para higiene de manos (presentación ppt)
• Se ha realizado un cronograma de formación en Unidades de Enfermería en colaboración con Supervisores. Realizando un total de 34 sesiones destinadas a personal de enfermería y TCAEs.
B) Personal no sanitario (celadores)
• Se ha diseño material formativo para higiene de manos (presentación ppt).
• Se han impartido 4 cursos de formación acreditados a celadores acreditados con 10 horas por curso en las siguientes fechas
20/02/2019 21/02/2019
11/03/2019 12/03/2019
20/05/2019 21/05/2019
21/10/2019 22/10/2019
Se han formado un total de unos 80 celadores.
C) Personal de limpieza
• Se ha participado en el diseño de materiales de formación con los responsables de formación del Servicio de Limpieza que se ha realizado la semana del 11 al 15 de noviembre de 2019 y cuyo título era LIMPIEZA DE QUIRÓFANOS Y ZONAS CRÍTICAS HOSPITALARIAS.
D) Bloque Quirúrgico
• Se ha diseñado el material formativo para higiene de manos prequirúrgica (presentación power point, actualización del protocolo de higiene de manos HUMS, poster formativo sobre la técnica).
• Se ha realizado formación en Servicios quirúrgicos: 20 sesiones
• Se han realizado 2 sesiones de formación de formadores para profesionales de enfermería de bloques quirúrgicos
Evaluación
Se ha realizado la evaluación del cumplimiento de higiene de manos y prequirúrgica mediante observación: en total en 20 unidades.
Está pendiente proporcionar feed-back de los resultados observados y establecer las acciones de mejora que se incorporarán en la memoria de actividades de higiene de manos 2019 prevista entrega en primer trimestre del 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sobre estructura:
Diseño material formativo realizado: SI.
Se ha diseñado ppt formativo, poster formativo sobre técnica y actualización del protocolo de higiene de manos HUMS.
• Implantación estructura higiene prequirúrgica (instalación de dispensadores con soportes accionados con codo, relojes y posters formativos en bloques quirúrgicos): Realizada en coordinación con los Servicios Técnicos y las casas comerciales.

• Sobre formación
o Personal de Enfermería:
Cursos realizados en todas las Unidades de Enfermería: SI. 34 sesiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1190

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVES DE FORMACION Y OBSERVACIONDEL CUMPLIMIENTO PARA SU MEJORA. IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE PREQUIRURGICA CONPRODUCTOS DE BASE ALCOHOLICA

% Profesionales formados (estándar >65%): 318/1024: 31,05%
o Celadores:
Cursos realizados: SI. 4/4: 100% de los cursos previstos. aprox 80 profesionales formados
o Bloque Quirúrgico:
Cursos realizados en todos los servicios: SI. 20 sesiones.
% Profesionales formados (estándar >65%): Se han formado 372 cirujanos /480: 56%.

Sobre la evaluación del cumplimiento higiene de manos e higiene prequirúrgica de manos mediante observación y proporcionar feed-back resultados
Se ha realizado la evaluación del cumplimiento en 20 unidades. Queda pendiente realizar la observación en todas las unidades formadas, se continuará durante 2020.
% Observación de correcta cumplimentación (estándar >80%)
Se han evaluado 505 observaciones de las cuales 23,37% eran correctas.
Una vez finalizadas las observaciones previstas en 2020 se procederá a informar a los servicios formados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante 2019 se implentado la estrategia de higiene prequirúrgica de manos con PBA en nuestro centro, dotando al mismo de la estructura y formación necesaria. Lo que ha conllevado la formación de 372 cirujanos de los bloques quirúrgicos. Además en las Unidades de Enfermería se han formado 320 profesionales y hemos ampliado la formación a la categoría de celadores muy demanda por sus responsables.
Se precisa continuar formando al resto de los profesionales pero al ser actividades voluntarias se ha de replantear la estrategia formativa para completar el estándar propuesto.
Es preciso continuar con las observaciones de una correcta técnica en los bloques quirúrgicos y una vez finalizadas las evaluaciones realizar una memoria de higiene de manos para informar a los servicios/unidades tanto de la formación como de los resultados de la observación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1190 ========== ***

Nº de registro: 1190

Título
CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVES DE FORMACION Y OBSERVACION DEL CUMPLIMIENTO PARA SU MEJORA. IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE PREQUIRURGICA CON PRODUCTOS DE BASE ALCOHOLICA

Autores:
GIMENEZ JULVEZ TERESA, HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, CORTES RAMAS ANA MARIA, LAPRESTA MOROS CARLOS, INMACULADA SERRANO TRILLO, MARTINEZ GONZALEZ DE UBIETA CAROLINA, GOÑI BILBAO ITXASO, GARCIA OTEGA MARIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dirigido a profesionales sanitario y no sanitarios.
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las manos del personal sanitario son el principal mecanismo de transmisión de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. La correcta higiene de manos es una medida imprescindible y eficaz para evitar la transmisión de dichas infecciones. El Servicio de Medicina Preventiva lleva desarrollando la Estrategia de Higiene de Manos (estrategia nacional e internacional) en el centro desde sus inicios, años 2005-2006. Durante este año 2019 se ha planteado la importancia de una consolidación de la estrategia mediante la formación y observación de los profesionales sanitarios del centro, la ampliación de la formación a otros profesionales no sanitarios como celadores y personal de limpieza y el despliegue de la higiene prequirúrgica de manos con productos de base alcohólica ya que presentan una mayor eficacia en la eliminación de la flora transitoria de nuestras manos, logran un efecto residual inhibiendo el crecimiento de la flora permanente, mejoran la dermotolerancia cutánea, ahorran tiempo y reducen costes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1190

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVES DE FORMACION Y OBSERVACIONDEL CUMPLIMIENTO PARA SU MEJORA. IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE PREQUIRURGICA CONPRODUCTOS DE BASE ALCOHOLICA

RESULTADOS ESPERADOS
- Impartir formación en higiene de manos a los profesionales del Hospital Universitario Miguel Servet (facultativos, personal de enfermería, celadores, personal de limpieza en colaboración con su empresa)
- Evaluar el cumplimiento de higiene de manos post formación mediante la observación directa de los profesionales.
- Implantar la estructura para la realización de higiene prequirúrgica con PBA en los bloques quirúrgicos y otras áreas
- Realizar formación específica en higiene de manos prequirúrgica en bloques quirúrgicos.
- Evaluar el cumplimiento de higiene de manos prequirúrgica con PBA mediante la observación directa de los profesionales.

MÉTODO
Estructura
- Revisar los diferentes bloques quirúrgicos para detectar las necesidades estructurales previas a la implantación de higiene prequirúrgica con PBA
- Coordinar con las supervisoras implicadas la colocación de carteles, relojes y dispensadores para la implantación de higiene prequirúrgica con PBA

Formación
Las actividades previstas se van a desglosar según los destinatarios de las acciones
A) Personal de Enfermería
- Diseño material formativo para higiene de manos (presentación ppt)
- Realizar cronograma de formación en Unidades de Enfermería en colaboración con Supervisores.

B) Personal no sanitario (celadores)
- Diseño material formativo para higiene de manos (presentación ppt).
- Impartir cursos de formación acreditados a celadores. Previstos 4 cursos acreditados (10 horas por curso).

C) Personal de limpieza
- Participar en el diseño de materiales de formación con los responsables de formación del Servicio de Limpieza

D) Bloque Quirúrgico
- Diseño material formativo para higiene de manos prequirúrgica (presentación power point, protocolo de higiene de manos, poster formativo sobre la técnica).
- Realizar formación en Servicios quirúrgicos (total sesiones previstas: 22 sesiones).
- Realizar sesión de formación de formadores para profesionales de enfermería de bloques quirúrgicos (total sesiones previstas: 2)

Evaluación
- Realizar evaluación del cumplimiento de higiene de manos y prequirúrgica mediante observación.
- Proporcionar feed-back de los resultados observados y establecer acciones de mejora

INDICADORES
- Diseño material formativo realizado: SI
- Implantación estructura higiene prequirúrgica (instalación de dispensadores con soportes accionados con codo, relojes y posters formativos en bloques quirúrgicos): Realizada.
- Realizar formación
  - Personal de Enfermería:
Cursos realizados en todas las Unidades de Enfermería: SI
% Profesionales formados (estándar >65%)
  - Celadores:
Cursos realizados: SI
  - Bloque Quirúrgico:
Cursos realizados en todos los servicios: SI
% Profesionales formados (estándar >65%)

- Realizar evaluación del cumplimiento higiene de manos e higiene prequirúrgica de manos mediante observación y proporcionar feed-back resultados (segundo semestre 2019).

Realizar evaluación del cumplimiento en todos los servicios: SI
% Observación de correcta cumplimentación (estándar >80%)

DURACIÓN
Año 2019
- Diseño material formativo: enero
- Implantación estructura higiene prequirúrgica (instalación de dispensadores con soportes accionados con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1190

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVES DE FORMACION Y OBSERVACIONDEL CUMPLIMIENTO PARA SU MEJORA. IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE PREQUIRURGICA CONPRODUCTOS DE BASE ALCOHOLICA

codo, relojes y posters formativos en bloques quirúrgicos): marzo, abril y mayo
• Realizar formación
o Personal de Enfermería: distribuidas sesiones a lo largo del año
o Celadores: Febrero, Marzo, Mayo y Octubre
o Bloque Quirúrgico: Marzo a Julio
• Realizar evaluación del cumplimiento higiene de manos e higiene de manos prequirúrgica mediante observación y proporcionar feed-back resultados (segundo semestre 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 - 2019/1418

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN ELBLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA Y LA UCSI DEL HUMS

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE ..... TERESA GIMENEZ JULVEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARZO MOLES MARIA
VILLAMON MARTIN RAQUEL
ROYO DIAZ SARA
BLASCO BORDEJE MERCEDES
ASENSIO AROSTEGUI ROSA
FERRANDIZ MAHIQUES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos prequirúrgica con solución hidroalcohólica y actualización del protocolo: realizado
2. Consenso y elaboración de la sesión formativa para el personal de enfermería del bloque quirúrgico: realizado por médico especialista de M. preventiva.
3. Selección de los dispensadores adecuados para el producto y de los puntos apropiados de instalación en los lavabos quirúrgicos: realizado por personal de m. preventiva y supervisoras y coordinadora bloque quirúrgico.
3.b. Colocación de los mismos: solicitud al Servicio de Mantenimiento
4. Distribución de carteles informativos de la técnica y relojes para controlar el tiempo mínimo de aplicación del producto en los antequirófanos, junto los dispensadores: realizado.
5. Realización de sesiones dirigidas a los profesionales del bloque quirúrgico. Formador de formadores. Se realizaron 2 sesiones de formación de formadores entre los meses de abril y mayo (25/04/2019 y 02/05/2019)
6. Realización de sesiones en el área en UCSI en el mes de mayo y en bloque quirófano A también 2 sesiones (23/05/2019 y 21/11/2019).
7. Valoración del cumplimiento de la técnica con las soluciones y evaluación de resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualización del protocolo- Realizado
Elaboración marco teorico de la sesión formativa:Realizada
Colocación dispensadores en área quirúrgica- Colocados
Distribución cartelería/ relojes_ Realizado
Sesiones formador de formadores- se han impartido 2 sesiones con 15+13=28 alumnos que van a realizar la formación de formadores.
Sesiones en la UCSI y bloque A impartidas por formadores:
UCSI 26/33= 78,78% personal formado
BlOQUE A= 52/55=94,54% personal formado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han cumplido los objetivos previstos en cuanto a despliegue de la estrategia y formación.
Se precisa la ampliación de la formación al 100% de la plantilla de personal de enfermería tanto de enfermeras como TCAE.
Se evaluará la correcta realización de la técnica de higiene prequirúrgica con productos de base alcohólica mediante estudios de observación a realizar durante primer semestre de 2020 en los bloques quirúrgicos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1418 ========== ***

Nº de registro: 1418

Título
IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA Y LA UCSI DEL HUMS

Autores:
GIMENEZ JULVEZ TERESA, MARZO MOLES MARIA, VILLAMON MARTIN RAQUEL, ROYO DIAZ SARA, BLASCO BORDEJE MERCEDES, ASENSIO AROSTEGUI ROSA MARIA, FERRANDIZ MAHIQUES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1418

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN ELBLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA Y LA UCSI DEL HUMS

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Tradicionalmente, la higiene prequirúrgica de manos se ha realizado con cepillo y jabón antiséptico de Povidona Iodada o Clorhexidina, pero en la actualidad, en base a la evidencia científica, la recomendación es realizar la higiene prequirúrgica de manos con solución hidroalcohólica, por la mejor tolerancia cutanea de los usuarios y su mayor eficacia antimicrobiana que los métodos tradicionales en cuanto a la reducción de unidades formadoras de colonias(ufc) y mayor efecto antimicrobiano residual. Se ha demostrado que mantiene la microbiota debajo del guante mejor controlada que con la técnica clásica de lavado, ya que siempre se produce una nueva contaminación de la superficie de la mano al emerger lo microorganismos desde sus reservorios en glándulas sudoríparas y folículos pilosos. Con las soluciones hidroalcohólicas la recontaminación se retarda, obteniendo recuentos muy bajos de ufc, cercanos a cero, en improntas de dedos, incluso en intervenciones largas.
Dentro de este marco conceptual es prioritario implantar las ultimas recomendaciones científicas disponibles en relación a la higiene prequirúrgica de manos en las unidades del bloque quirurgico de traumatologia y la UCSI.

RESULTADOS ESPERADOS
General
Implantar las soluciones de base alcohólica para el lavado de manos quirúrgico.

Específicos:
Mejorar la eficacia del lavado de manos,
Disminuir las dermatitis asociadas al uso de productos de lavado convencional

MÉTODO
1. Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos prequirúrgica con solución hidroalcohólica y actualización del protocolo
2. Consenso y elaboración de la sesión formativa para el personal de enfermería del bloque quirúrgico
3. Selección de los dispensadores adecuados para el producto y de los puntos apropiados de instalación en los lavabos quirúrgicos. Colocación de los mismos.
4. Distribución de carteles informativos de la técnica y relojes para controlar el tiempo mínimo de aplicación del producto en los antequirófanos.
5. Realización de sesiones dirigidas a los profesionales del bloque quirúrgico. Formador de formadores
6. Realización de sesiones en el área.
7. Valoración del cumplimiento de la técnica con las soluciones y evaluación de resultados.

INDICADORES
Actualización del protocolo- Realizado
Elaboración marco teorico de la sesión formativa:Realizada
Colocación dispensadores en área quirúrgica- Colocados
Distribución cartelería/ relojes_ Realizado
Sesiones formador de formadores- Se formará al 100% de los formadores del bloque
Sesiones en la UCSI y bloque A- Se formará como mínimo al 50% de las enfermeras

DURACIÓN
Actualización del protocolo- Enero 2019
Elaboración sesión formativa: 1º Trimestre 2019
Colocación dispensadores en área quirúrgica_ 1º semestre 2019
Distribución cartelería / relojes_ 1º semestre 2019
Sesiones formador de formadores_ 1º semestre 2019
Sesiones en la UCSI y bloque A- 2º semestre 2019
Evaluación resultados- Diciembre 2019

En las diferentes lineas participaran todos los miembros

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1418

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN ELBLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA Y LA UCSI DEL HUMS

```
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 - 2019/1486

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Participación en el desarrollo del protocolo autonómico de vigilancia de ILQ. Actividad a realizar por el grupo Grupo de IRAS dentro del proyecto IRASPROA. Se han realizado varias reuniones en el marco del Grupo de IRAS dentro del proyecto IRASPROA. Las fechas de dichas reuniones fueron el 18/12/2018, 30/4/2019, 26/6/2019 y 10/10/2019. Hay acta de todas ellas, en todas asistió algún miembro del equipo y resultó en la elaboración del "PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA (ILQ) EN ARAGON" aprobado el 30/4/2019.

2. Participación en el diseño y validación de los formularios de la HCE para el registro de la vigilancia de ILQ. Se ha mantenido contacto estrecho tanto en persona como vía correo electrónico entre miembros del equipo y la empresa contratada por el Departamento de Sanidad para la implementación informática de la vigilancia de ILQ en la HCE de Aragón.

3. Adaptación del actual sistema de vigilancia de ILQ del SMP del HUMS al sistema de vigilancia autonómico: Se ha trabajado y se sigue trabajando en la modificación de la documentación del sistema ISO 9001:2015 del Servicio de Medicina Preventiva del HUMS. La documentación nueva será aprobada en futuras reuniones del Grupo de Calidad del Servicio.

4. Diseño de un calendario de vigilancia de ILQ que permita cumplir tanto los requisitos de la RENAVE, como los objetivos acordados entre el SMP y los servicios quirúrgicos objeto de la vigilancia. Se han realizado reuniones dentro del servicio y, en caso necesario, con algunos servicios quirúrgicos (Cirugía Vascular, Neurocirugía...) y se ha acordado el calendario de vigilancia de ILQ en el HUMS. Dicho calendario está plasmado en la documentación interna del servicio.

5. Impartir formación al personal encargado de llevar a cabo la vigilancia en el HUMS. Dicha formación incluirá tanto el conocimiento del protocolo de vigilancia de ILQ como el manejo del registro en HCE: Se han realizado 2 sesiones formativas/informativas en el Servicio de Medicina Preventiva los días 17/7/19 y 14/8/19, de ambas sesiones hay registro de asistencia. Además se han realizado diversas reuniones informales para aclarar algunos criterios.

6. Puesta en marcha del sistema de vigilancia. Conforme a la diseñado en los puntos anteriores. Desde el 17/7/2019 se está registrando toda la vigilancia de ILQ a través de la plataforma existente en HCE. Más resultados en el siguiente apartado de la memoria.

7. Evaluación de los resultados de la vigilancia y feedback de la información a los servicios objeto de la vigilancia. Actividad pendiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el 17/7/2019, fecha en que se comenzó el registro informático en HCE de la vigilancia de ILQ hasta el día 30/1/2020 se han registrado en HCE 680 ficha de vigilancia de ILQ. Se han detectado algunas dificultades, algunas ya solventadas y otras que se están intentando solventar, pero en líneas generales se han cumplido los objetivos previstos en el calendario previsto.
Queda pendiente la última fase, la de evaluación de los resultados de la vigilancia, que por motivos ajenos a nuestro equipo todavía no se ha podido llevar a cabo aunque se está trabajando en ello.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Existe un alto nivel de satisfacción en líneas generales con los resultados obtenidos.
Algunos problemas que todavía estarían pendientes de solucionar tienen que ver más con las limitaciones a nivel informático para el registro de un número de encuestas muy superior al que habían previsto. Se está trabajando en ello.
Como resultado de estos problemas quedan como tareas pendientes por un lado cerrar la actualización documental del procedimiento de vigilancia de ILQ en el sistema ISO 9001 de nuestro servicio (se ha generado a propósito de esto un objetivo para el año 2020) y la fase de evaluación de los resultados de la vigilancia y feedback de la información a los servicios objeto de la vigilancia.

7. OBSERVACIONES.

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

1. TÍTULO

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

Ninguna

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

Nº de registro: 1486

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

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

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

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

INDICADORES
1. Protocolo aprobado en reunión del Grupo de Trabajo IRAS. Estándar: Sí. Fuente de información (FI): actas

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

1. TÍTULO

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

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

DURACIÓN
1. Participación en el desarrollo del Protocolo autonómico de vigilancia de ILQ. Responsables (R): C Lapresta y MJ Hernández. Fechas de realización (FR): enero-abril 2019.
2. Participación en el diseño y validación de los formularios de la HCE para el registro de la vigilancia de ILQ. R: C Lapresta. FR: enero-abril 2019.
3. Adaptación del actual sistema de vigilancia de ILQ del Servicio de Medicina Preventiva del HUMS. R: C Lapresta. FR: mayo 2019.
4. Diseño de calendario de vigilancia de ILQ. R: C Lapresta, JM Celorrio, T Giménez y AM Cortés. FR: mayo 2019.
5. Impartir formación al personal encargado de llevar a cabo la vigilancia en el Hospital Universitario Miguel Servet. R: C Lapresta. FR: mayo 2019.
6. Puesta en marcha del sistema de vigilancia. R: P Guerrero, ML Tabuenca y JC Oviedo. FR: mayo-diciembre 2019.
7. Evaluación de los resultados de la vigilancia, feedback de la información a los servicios objeto de la vigilancia y evaluación de indicadores del proyecto. C Lapresta, JM Celorrio, T Giménez y AM Cortés. FR: 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 - 2019/0788

1. TÍTULO

LEAN EN PREANALITICA DE MICROBIOLOGIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PILAR EGIDO LIZAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA
VIÑUELAS BAYON JESUS
REZUSTA LOPEZ ANTONIO
ROC ALFARO LOURDES
PALACIAN RUIZ MARIA PILAR
ARIAS ALONSO ANTONINA
MARTIN SACO GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Acción
Realización de mapa de la cadena de valor (VSM) es una herramienta visual que muestra el flujo de materiales y de información desde el principio hasta el final de su recorrido
Se realizó un estudió muestral de Líquidos Cefalorraquideos (LCR) para conocer su flujo desde el principio hasta el final de su recorrido
Los VSM se realizaron antes y después del cambio de ubicación de virus
Responsables Grupo Lean, Escuela de Ingeniería de Unizar (Dr. Jose A.Yagüe-Fabra, Marina Damián)
Fecha Marzo-Julio 2019

Acción
Cambio ubicación Virus
Tras valorar la primera VSM del LCR y otras muestras urgentes se determinó la nueva ubicación de la unidad de virus
Responsables Dr. Rezusta/Dr. Viñuelas
Fecha Marzo 2019

Acción
Revisión circuitos informáticos
Se realizó la revisión para mejorar el volcado de peticiones en preanalítica y su recuperación en nuestro sistema informático desde los buzones
Responsables Grupo LEAN, Escuela de Ingeniería de Unizar (Dr. Jose A.Yagüe-Fabra/
David Rodriguez Chavez)
Fecha: Marzo2019/Diciembre 2019

Acción
Encuestas realizadas de estrés en la plantilla
Se dispuso una urna para el deposito de las encuestas y se comunicó al personal del laboratorio que podía depositarlas ahí de forma anónima y voluntaria.
Esta urna estuvo disponible en dos periodos diferentes mayo y junio en primer periodo y noviembre diciembre en el segundo
Responsable Grupo LEAN
Fecha Diciembre 2019

Acción
Número de sugerencias realizadas y respondidas
Se monitoriza un mes de sugerencias y su respuesta
Responsable Dr. Rezusta Grupo LEAN
Fecha Marzo2019/Diciembre 2019

Acción
Número de reuniones realizadas
Se han realizado reuniones para introducir la filosofía LEAN en el Servicio y para transmitir los avances del proyecto
Responsables Grupo LEAN
Fecha Marzo2019/Diciembre 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Tiempo de procesamiento de LCR después de establecer circuito*nº de LCR / Tiempo de procesamiento de LCR antes de establecer circuito*Nº de LCR
27 minutos/62 minutos = 0,43 (Objetivo marcado <1)
Fuente y método de obtención: Registros de laboratorio

2- Medida de distancias recorridas por los LCR después del circuito/ Medida de distancias recorridas por los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0788

1. TÍTULO

LEAN EN PREANALITICA DE MICROBIOLOGIA

LCR antes del circuito.
112 pasos de TEL con la muestra/297 pasos de TEL con la muestra= 0,37 (Objetivo marcado <1)
Fuente método de obtención: Registros de laboratorio
A estos objetivos se ha sumado la centralización en la recepción del LCR con mayor priorización de las determinaciones a realizar en una muestra siempre escasa y un archivo único y no contaminado para posteriores determinaciones

3- Cambios estructurales: Cambio de ubicación de la unidad de virus
Realizado (Objetivo: Realizado)
Fuente y método de obtención: Estructura física de la nueva ubicación

4- Circuitos informáticos revisados Se ha realizado la revisión de la importación de las peticiones a través del buzón informático
Realizado (Objetivo: Realizado)
Fuente y método de obtención: Trabajo de fin de Master que va ser defendido en la Escuela de Ingeniería

5- Número de encuestas realizadas de stress y clima laboral Se ha realizado la encuesta que fue difundida por el personal de todo el servicio. Se recogieron encuestas cumplimentadas en dos periodos diferentes siendo contestadas por un 34% y un 36% de la plantilla en cada periodo
Cumplimentación 34 y 36% (Objetivo>30% de cumplimentación)
Fuente y método de obtención: Encuestas depositadas en el laboratorio

6- Número de sugerencias realizadas y respondidas, 90% en menos de un mes.
Las sugerencias fueros recogidas en formato papel por el Dr. Rezusta llevando un registro de las contestadas en menos de un mes
Respuesta de 98% (Objetivo >90%)
Fuente y método de obtención: Sugerencias depositadas en el laboratorio

7-Número de reuniones realizadas
Reuniones de
Grupo LEAN 3
Sesiones del Servicio Mencionado en diversas actas (3)
Industria Privada:
Beckton Dickinson: Javier Pardinas 1
Universidad de Zaragoza: Jose A.Yagüe-Fabra 3
Reuniones realizadas10 (Objetivo 10)
Fuente y método de obtención Actas de diversas reuniones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La formación en LEAN debe realizarse en LEAN Healthcare en un entornos sanitario . LEAN en la empresa privada es difícilmente extrapolable a la Sanidad Pública
Provechosa colaboración con otras entidades (Unizar)
Recambio del Personal Técnico que dificulta la formación de equipos y la implicación en la Filosofía LEAN. Al mismo tiempo esto puede ser una oportunidad para la formación de equipos y lideres LEAN con las nuevas incorporaciones de TEL tras la oposición
Sobrecarga asistencial que se agudiza con el personal técnico nuevo y sin experiencia en el laboratorio de Microbiología.
Conclusiones de las reuniones no siempre factibles en nuestro medio
Se requiere más tiempo facultativo y técnico para su correcta puesta en marcha en el Servicio
Reuniones de estructura LEAN: Preparación y estudio de documentación previo y reuniones concisas y de finalización en menos de 30 minutos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/788 ========== ***

Nº de registro: 0788

Título
LEAN EN PREANALITICA DE MICROBIOLOGIA

Autores:
EGIDO LIZAN PILAR, MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA, VIÑUELAS BAYON JESUS, REZUSTA LOPEZ ANTONIO, ROC ALFARO LOURDES, PALACIAN RUIZ MARIA PILAR, ARIAS ALONSO ANTONINA, MARTIN SACO GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0788

1. TÍTULO

LEAN EN PREANALITICA DE MICROBIOLOGIA

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

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

PROBLEMA
Lean es una filosofía y una metodología de trabajo basada en las personas, que busca la mejora continua y la optimización de los resultados. Las técnicas utilizadas se centran en dar valor añadido, la eliminación de desperdicios (todas aquellas actividades que no añaden valor) y en la comunicación entre las personas involucradas en cada etapa del proceso.
La situación actual requiere análisis para una mejor distribución de equipos y aminorar los desplazamientos innecesarios de personas (analizados mediante diagramas espagueti) en la distribución de muestras y placas de cultivos.
Por ello, se va a analizar la situación actual y el flujo de valor del proceso de distribución de las muestras en busca de cambios operativos y estructurales, que faciliten el procesamiento minimizando los procesos que supongan despilfarros.
Por otro lado, en paralelo, se van a realizar encuestas para conocer el stress percibido, así como el clima laboral, durante el desarrollo del análisis LEAN y valorar la previsible mejora de satisfacción con las actividades a realizar por parte del personal

RESULTADOS ESPERADOS
1. Análisis situación actual
2. Medir el tiempo del procesamiento de una muestra
3. Detectar cuellos de botella
4. Analizar la distancia recorrida por las muestras en el laboratorio.
5. Conocer el nivel de stress y el clima laboral
6. Analizar todas las sugerencias del personal.

MÉTODO
Realizar flujos de muestras de LCR urgentes
1.Toma de tiempos
2. Medida de distancias recorridas por las muestras
3. Cambios estructurales para la reubicación de las unidades
4. Revisar los circuitos informáticos para detectar flujos de información inadecuados
5. Realización de encuesta de stress dos veces al año
6. Realización de encuesta de clima laboral y satisfacción una vez año
7. Reunión con la o las personas que realizan sugerencias para evaluar su implantación.

INDICADORES
Tiempo de procesamiento de muestras urgentes.
Tiempo de procesamiento de LCR después de establecer circuito*nº de LCR /
Tiempo de procesamiento de LCR antes de establecer circuito*Nº de LCR
Objetivo: Cociente <1
Movimientos de las muestras.
Medida de distancias recorridas por los LCR después del circuito/
Medida de distancias recorridas por los LCR antes del circuito
Objetivo: Cociente <1.
Para la medida de ambos indicadores se tomará una parte muestral de los LCR recibidos
Cambios estructurales realizados Sí /no
Circuitos informáticos revisados si/no
Número de encuestas realizadas de stress y clima laboral, 30% de la plantilla
Número de reuniones realizadas por unidades 10 en total
Número de sugerencias realizadas y respondidas, 90% en menos de un mes.

DURACIÓN
Inicio análisis marzo 2019
Encuesta inicial de stress mayo 2019.
Encuesta final de stress noviembre 2019
Encuesta de clima laboral noviembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0788

1. TÍTULO

LEAN EN PREANALITICA DE MICROBIOLOGIA

```
-----------------------------------------------------------------------------
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 - 2019/0821

1. TÍTULO

GESTION DE LOS EJERCICIOS DE INTERCOMPARACION EXTERNO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN ELMARCO DE LA ACREDITACION POR LA NORMA UNE EN ISO 15189

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA MILAGRO BEAMONTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORTUÑO CEBAMOS BLANCA
MARTINEZ SAPIÑA ANA
FERRER CERON ISABEL
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION
VILLUENDAS USON MARIA CRUZ
LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL
PALACIOS MIGUEL YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En abril de 2019 se analizaron los controles externos que se estaban realizando, para implementar los necesarios en las nuevas técnicas acreditadas y adecuar los existentes para las técnicas ya acreditadas
Durante el mes de mayo de 2019 se actualizó el procedimiento de trabajo y los diferentes formatos de registro para que los controles pudieran ser analizados
En junio de 2019 Se organizó un curso-taller de formación y difusión del procedimiento
Durante todo el periodo, los responsables técnicos de cada sección han cumplimentado los registros de controles externos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado un procedimiento y diversos formatos de registro todos dentro del sistema de gestión de calidad en el ámbito de la NORMA UNE EN ISO 15189. El procedimiento aparece difundido en intranet PTG-03_Z2(E)M_L-MB: Aseguramiento externo de la calidad con los formatos asociados del PTG-03-1_Z2(E)M_L-MB al PTG-03-5_Z2(E)M_L-MB
Se han implementado controles externos necesarios para las técnicas acreditadas
El nuevo sistema de introducción de resultados permite analizar los datos parámetro por parámetro y en función del equipo utilizado.
Se han realizado el 100% de los estudios de intercomparación y los registros están actualizados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos trabajado en equipo, realizando el procedimiento, los formatos y analizando los controles externos a implementar, así como las distribuciones mas adecuadas. Es complicado llevar un registro actualizado en algunas áreas debido a la cantidad de parámetros acreditados, por lo que serían útiles herramientas informáticas que requieran menos tiempo por parte del usuario que los registros excel. Quizás algún programa que lleve también un tratamiento estadístico.
Tanto los formatos como el procedimiento ha quedado incluido dentro de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Microbiología. Este procedimiento esta accesible a todo el SALUD por lo que puede servir de guía a otro Servicio/Laboratorio

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/821 ========== ***

Nº de registro: 0821

Título
GESTION DE LOS EJERCICIOS DE INTERCOMPARACION EXTERNO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN EL MARCO DE LA ACREDITACION POR LA NORMA UNE EN ISO 15189

Autores:
MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA, FORTUÑO CEBAMOS BLANCA, MARTINEZ SAPIÑA ANA, FERRER CERON ISABEL, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL, PALACIOS MIGUEL YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0821

1. TÍTULO

GESTION DE LOS EJERCICIOS DE INTERCOMPARACION EXTERNO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN ELMARCO DE LA ACREDITACION POR LA NORMA UNE EN ISO 15189

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua.
Los ejercicios de intercomparación proporcionan una valoración independiente de los datos del laboratorio, comparados con valores de referencia o con el desempeño de laboratorios similares, aportando a la organización la confirmación de que los aspectos técnicos de sus servicios son satisfactorios o alertando sobre la necesidad de investigar problemas potenciales dentro del laboratorio. La participación permite además probar el desempeño en nuevos ensayos o mediciones, en aquellos que se llevan a cabo con poca regularidad y comparar los resultados obtenidos utilizando métodos diferentes, ayudando así a seleccionar la metodología que mejor se adecúa a sus características y a las necesidades de sus clientes.

Los ejercicios de intercomparación permiten al Servicio de Microbiología:

- Aportar resultados a los estudios de exactitud y cálculo de incertidumbre, en el caso que sea necesario, para realizar la correspondiente validación de los métodos
- Verificar la calidad de los métodos de ensayo empleados
- Detectar sesgos que pueden no evidenciarse con los programas de control de calidad interno
- Identificar los métodos de análisis que presentan menores sesgos y conocer los sesgos asociados a las distintas técnicas
- Monitorizar la evolución de los métodos de ensayo a lo largo del tiempo
- Comparar su "calidad técnica" con otros laboratorios
- Identificar errores en el funcionamiento de sus equipos
- Supervisar la formación, cualificación y competencia técnica de su personal

Desde que se inició la acreditación en la NORMA UNE EN ISO 15189 el año 2009, el Servicio de Microbiología, gracias a la colaboración y esfuerzo de todo el personal del Servicio, ha ampliado alcances y mantenido las técnicas ya acreditadas, este aumento hace necesario ampliar y modificar los registros de los ejercicios de intercomparación externos para adecuarlos a las necesidades actuales del Servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
Gestión de los ejercicios de intercomparación externos (programas de SEIMC, Labquality, QCMD, etc..) realizados en el Servicio de Microbiología.

MÉTODO
- analizar los actuales controles externos, para implementarlos en las nuevas técnicas acreditadas y adecuar los existentes para las técncias ya acreditas
- actualizar el procedimiento de trabajo y los diferentes formatos de registro para que puedan ser analizados.

INDICADORES
1ºindicador: Realización y difusión en intranet del procedimiento de trabajo de los ejercicios de intercomparación y los formatos de registro SI/NO

2ºindicador: Mantener actualizados los registros de los ejercicios de intercomparación: >90% de los controles registrados

3º indicador: Realización de los ejercicios de intercomparación de las técnicas acreditada dentro del tiempo de respuesta: >90%

DURACIÓN
Fecha de inicio: abril 2019
Fecha de finalización: abril 2020

- Realización y difusión en intranet del procedimiento relativo a los ejercicios de intercomparación y sus formatos de registro: mayo 2019
- Realización de un curso/taller para presentación y formación para el uso de los nuevos formatos de registro: junio 12019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0821

1. TÍTULO

GESTION DE LOS EJERCICIOS DE INTERCOMPARACION EXTERNO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN ELMARCO DE LA ACREDITACION POR LA NORMA UNE EN ISO 15189

```
-        Cumplimentación de los registros de controles externos: durante todo el periodo
-        Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral durante todo el periodo


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 - 2019/0240

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LUIS MIGUEL LOU ARNAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUTIERREZ DALMAU ALEX
PAUL RAMOS JAVIER
ALADREN REGIDOR MARIA JOSE
SORIA VILLEN ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En nuestro servicio no existe una Consulta de Lista de Espera de Trasplante Renal, a pesar de ser centro de referencia de la Comunidad Autónoma. Resulta complejo cetralizar la información, establecer un feed-back con los compañeros responsables de los pacientes y revisar al menos aquellos pacientes que lo precisen. Este proyecto de calidad ha pretendido mejorar estas limitaciones registradas en la gestión de la Lista de Espera de Trasplante Renal de nuestra Comunidad Autónoma programando las siguientes actividades:
1.- Cumplimentación adecuada y en un plazo inferior a 1 mes de los protocolos de inclusión en lista con información a los pacientes y al centro de referencia.
2.- Selección y revisión presencial de los pacientes más complejos de forma previa a su inclusión en lista de espera.
Estas actividades se han realizado en los Despachos de las Consultas Externas de Nefrología en dos Consultas de Tardes.
Se ha centralizado la recepción de todos los documentos relativos a la inclusione en Lista de Espera de Trasplante Renal, se han completado los prtocolos de incluión en lista, se ha establecido contacto con los Nefrólogos, Urólogos, Inmunólogos y Anestesistas implicados en el proceso y se han citado y valorado de forma presencial los pacientes con mayor edad o comorbilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1 Julio 2019 1.- Pacientes con correcta cumplimentación de protocolo /Total pacientes remitidos para inclusión en Lista de Espera de Trasplante Renal: 68/80: 82 %
2.- Pacientes complejos revisados/Total pacientes incluidos en lista de espera. 36/68: 52 %
1 Octubre 2019 1.- Pacientes con correcta cumplimentación de protocolo /Total pacientes remitidos para inclusión en Lista de Espera de Trasplante Renal: 110/132: 83,3 %
2.- Pacientes complejos revisados/Total pacientes incluidos en lista de espera. 62/118: 52,5 %
31 Enero 2020 1.- Pacientes con correcta cumplimentación de protocolo /Total pacientes remitidos para inclusión en Lista de Espera de Trasplante Renal: 142/172: 82,6 %
2.- Pacientes complejos revisados/Total pacientes incluidos en lista de espera. 88/168: 52,3 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es preciso centralizar la inforación referente a la elaboración y actualización de la Lista de Espera de Trasplante Renal, es necesario un proceso informático autonómicao que facilite el trasiego de información y el feed-back con los compañeros del equipo multidisciplinar y disponer de una consulta programada donde puedan citarse los pacientes para ser valorados por los nefrólogos responsables de la Lista de Espera.

7. OBSERVACIONES.
Hemos iniciado el Proceso de elaboración de un programa informático autonómico incluido en la Historia Clínica Electrónica común al equipo multidisciplinar implicado en el Trasplante Renal y se ha abierto una consulta específica para elaboración y seguimiento de la Lista de espera de Trasplante Renal con apoyo de enfermería.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/240 ========== ***

Nº de registro: 0240

Título
OPTIMIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

Autores:
LOU ARNAL LUIS MIGUEL, GUTIERREZ DALMAU ALEX, PAUL RAMOS JAVIER, ALADREN REGIDOR MARIA JOSE, SORIA VILLEN ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0240

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Este proyecto de calidad pretende mejorar las limitaciones registradas en la gestión de la Lista de Espera de Trasplante Renal de nuestra Comunidad Autónoma. La inclusión en Lista de Espera de Trasplante Renal hace recomendable una revisión presencial de los pacientes, actividad que no podemos cubrir dadas las limitaciones de la Unidad de Trasplante Renal. En la actualidad seguimos este procedimiento:
- Recogemos el informe del Nefrólogo responsable del paciente, el informe de la visita presencial que sistemáticamente realizan Urología y Anestesia y el estudio Hematológico.
- Revisamos cuidadosamente toda la información y elegimos entre tres opciones:
o Incluir directamente el paciente en Lista de Espera de Trasplante Renal (sin visita previa).
o Solicitar estudios complementarios.
o Programar una revisión presencial en casos complejos seleccionados.

Debemos tener en cuenta la progresiva presión asistencial (1.009 trasplantes realizados desde 2005, controlando en la actualidad 900 trasplantados con 4.298 revisiones anuales), en crecimiento año a año. La preocupación por no poder visitar o revisar los pacientes pendientes de trasplante se incrementa al haberse registrado en el último año un deterioro de indicadores de resultados.

RESULTADOS ESPERADOS
Pretendemos optimizar la gestión de la Lista de Espera de Trasplante Renal en dos aspectos:
- Cumplimentación adecuada y en un plazo inferior a 1 mes de los protocolos de inclusión en lista con información a los pacientes y al centro de referencia.
- Selección y revisión presencial de los pacientes más complejos de forma previa a su inclusión en lista de espera.

MÉTODO
El análisis de nuestra Lista de Espera de Trasplante Renal muestra los siguientes datos a fecha 25 Febrero 2019:
- Pacientes incluidos en lista de espera de trasplante renal: 92
- Pacientes pendientes de estudio y revisión 156
o Pacientes en estudio para inclusión en lista: 117
o Pacientes en exclusión temporal: 23
o Pacientes incluidos en lista no revisados
en un periodo superior a 24 meses: 16
A estos 156 pacientes habría que añadir las revisiones necesarias y el estudio de nuevos pacientes que surgen a lo largo del año (cada año se incluyen 90-100 pacientes en lista de espera y sería necesario reevaluar en torno a 35-40). Podemos realizar por lo tanto una estimación total de primeras visitas para el próximo año de 156 + 130: 286 pacientes. Actualmente tenemos capacidad para revisar 40 pacientes en dos medias consultas de lista de espera (Drs. Paul y Gutiérrez).
Como opciones para cubrir esta demanda asistencial se plantea la suma a estas consultas de mañanas de tres consultas mensuales, 33 al año teniendo en cuenta el mes reglamentario de vacaciones (complemento B por exención de guardias del Dr. Lou) proponiendo como contenido de la actividad abrir una consulta de actualización de Lista de Espera de Trasplante Renal de la Comunidad Autónoma.
La organización de la consulta consistiría en:
o Primeras visitas dedicadas a:
- Inclusión de pacientes en Lista de Espera de Trasplante Renal.
- Reevaluación tras periodos de exclusión temporal por patología asociada.
- Reevaluación planteada tras dos años de permanencia en lista o cambios relevantes en comorbilidades o perfil inmunológico
o Programación de las visitas:
- 4 primeras visitas de 45 minutos: 3 h
- 3 Revisiones de 20 minutos: 1 h
- Cierre de documentación e informes: 1 h

INDICADORES
Este incremento de actividad y agilización de protocolos nos permitiría mantener actualizada la lista de espera, aunque no realizar la revisión presencial de todos los pacientes. Podríamos citar un total de 172 pacientes al año para revisión presencial, seleccionados de entre los de mayor complejidad.
Indicadores:
- Cumplimentación adecuada y en un plazo inferior a 1 mes de los protocolos de inclusión en lista con información a los pacientes y al centro de referencia en un porcentaje e pacientes > 80 % de los remitidos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0240

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

para inclusión.
- Selección y revisión presencial de los pacientes más complejos de forma previa a su inclusión en lista de espera: revisión de un porcentaje de pacientes incluidos en lista > 50 %.

DURACIÓN
Inicio: Abril 2019
Fin: Abril 2020
Responsables de la implantación: Los Drs. Lou, Paul, Gutiérrez, Aladré, y Soria.
Evaluación del proyecto:
- Revisión cuatrimestral de la actualización de los informes de entrada en lista de espera de trasplante renal, coincidiendo con las reuniones periódicas con los servicios de Nefrología de la Comunidad Autónoma.
- Revisión cuatrimestral del porcentaje de paciente revisados mediate visita en nuestra consulta en relación con los incluidos en lista de espera.

OBSERVACIONES
No

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0241

1. TÍTULO

INICIO PROGRAMADO DE HEMODIALISIS HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE CRONICOS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LUIS MIGUEL LOU ARNAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PERNAUTE LAVILLA RAQUEL
CAMPOS GUTIERREZ BELEN
PERALTA ROSELLO CARMEN
MEDRANO VILLARROYA CRISTINA
CANTIN LAHOZ VICTOR
GOMEZ BAILO SHEILA
CALLIZO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha estqablecido una Coordinación entre la Consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada y las Unidades de Hemodiálisis del Hospital Miguel Servet y de su Centro Satélite Hospital San Juan de Dios (donde se derivan los pacientes que inician Hemodiálisis y no
disponen de puesto en nuestro centro) para que los pacientes inicien de forma programada el tratamiento dialítico en las unidades de Hemodiálisis de Crónicos, en un entorno y con unos cuidados adecuados.
La Consulta de Enfermedad renal Crónica Avanzada comunica a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Miguel Servet el inicio de Hemodiálisis de los pacientes. Los Nefrólogos responsables, en dependencia de las patologías asociadas, deciden si el paciente inicia Hemodiálisis Periódica en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Miguel Servet o del Hospital San Juan de Dios, y se coordina para organizar el incio de Hemodiálisis en su centro. Desde la Consulta se remite un informe completo a la unidad de diálisis elegida y se facilita el contacto con el paciente y su familia.

Ambas Unidades de Hemodiálisis han diseñado un Protocolo de Acogida, por el cual el paciente y su familia reciben información completa en el centro seleccionad y realizarán una visita a la Unidad. Así mismo, se ha establecido un protocolo de inicio de Hemodiálisis considerando las posibles incidencias de las primeras sesiones (dificultad de uso de acceso vascular, mala tolerancia, ansiedad). Desde las primeras sesiones se establece un proceso formativo que facilita la aceptación del tratamiento, los autocuidados y una mejor calidad de vida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
01-Junio-2019 Pacientes con inicio programado de HD en Unidades de crónicos/Inicio programado de HD total: 15/16: 93 %
01-Septiembre 2019 Pacientes con inicio programado de HD en Unidades de crónicos/Inicio programado de HD total: 28/30: 93 %
31 Enero 2020 Pacientes con inicio programado de HD en Unidades de crónicos/Inicio programado de HD total: 42/46: 90,1 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El protocolo de acogida atenúa la ansiedad del paciente ante el inicio de un tratamiento nuevo y complejo, facilita los autocuidados y fortalece la confianza en el personal sanitario. La implicación de la familia consigue un mejor conocimiento de la técnica de hemodiálisis, de sus implicaciones y de los cuidados y estímulos que debe aportar al familiar.

7. OBSERVACIONES.
Dificultad de comunicación con el Centro Concertado de Hemodiálisis por ausencia de Histra Clínica Electrónica común. Extraordinaria aceptación por parte de pacientes y personal sanitario.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/241 ========== ***

Nº de registro: 0241

Título
INICIO PROGRAMADO DE HEMODIALISIS HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE CRONICOS

Autores:
LOU ARNAL LUIS MIGUEL, PERNAUTE LAVILLA RAQUEL, CAMPOS GUTIERREZ BELEN, PERALTA ROSELLO CARMEN, MEDRANO VILLARROYA CRISTINA, CANTIN LAHOZ VICTOR, GOMEZ BAILO SHEILA, CALLIZO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0241

1. TÍTULO

INICIO PROGRAMADO DE HEMODIALISIS HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE CRONICOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El inicio de Tratamiento Renal Sustitutivo mediante Hemodiálisis Periódica supone un momento clave en los aspectos médicos y psicológicos del paciente y su familia. Conlleva una gran carga emocional que puede derivar en ansiedad y depresión y es un moemnto crítico para conseguir una adecuación al tratamiento y una formación en los complejos autocuidados del paciente renal en hemodiálisis.
En la actualidad, la organización del Servicio de Nefrología origina que inicien su tratamiento mediante diálisis en la Unidad de Agudos, incrementando el estres y limitando el apoyo y la formación en el inicio de un proceso crónico.
Facilitar en comienzo del tratamiento en un ambiente adecuado es por lo tanto un factor fundamental en el confort presente y futuro del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Coordinar la Consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada y las Unidades de Hemodiálisis del Hospital Miguel Servet y de su Centro Satélite Hospital San Juan de Dios (donde se derivan los pacientes que inician Hemodiálisis y no disponen de puesto en nuestro centro) para que los pacientes inicien de forma programada el tratamiento dialítico en las unidades de Hemodiálisis de Crónicos, en un entorno y con unos cuidados adecuados.

MÉTODO
La Consulta de Enfermedad renal Crónica Avanzada se pondrá en contacto con la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Miguel Servet cuando un paciente precise incio de Hemodiálisis. Los Nefrólogos responsables, en dependencia de la disponibilidad, decidirán si el paciente incia Hemodiálisis Periódica en la Unidad de Hemdoiálisis del Hospital Miguel Servet o del Hospital San Juan de Dios. Desde la Consulta se remitirá un informe completo a la unidad de diálisis elegida y se facilitará elcontacto con el paciente y su familia.
Ambas Unidades de Hemodiálisis han diseñado un Protocolo de Acogida, por el cual el paciente y su familia recibirán información completa en el centro seleccionad y realizarán una visita a la Unnidad. Así mismo, se ha establecido un protocolo de inicio de Hemodiálisis considerando las posiblres incidencias de las primeras sesiones (dificultad de uso de acceso vascular, mala tolerancia, ansiedad). Desde las primeras sesiones se establece un proceso formativo que facilita la aceptación del tratamiento, los autocuidados y una mejor calidad de vida.

INDICADORES
Indicador: El procentaje de pacientes que incie Hemodiálisis de forma programada siguiendo este protocolo será superior al 90 % del total que inicien Hemodiálisis.

DURACIÓN
Incio: Marzo 2019
Fin: Marzo 2020
Evaluación del proyecto: recogida trimestral del indicador reseñado.
Plan de comunicación: Información en la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada, en el Consentimiento Informado que firman los pacientes al inicio de Hemodiálisis y a través de la Asociación de Enfermos Renales ALCER.

OBSERVACIONES
No

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1056

1. TÍTULO

ORDEN DE EXTRACCION DE MUESTRAS SANGUINEAS EN LA PREPARACION AL PACIENTE POTENCIAL RECEPTOR DE UN INJERTO RENAL

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE ..... EMILIA FERRER LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAYORAL LACOMA ALICIA
GIMENEZ LALAGUNA MARIA INMACULADA
CAMPOY MARTINEZ CRISTINA
RUBIO CASTAÑEDA FRANCISCO JAVIER
MARTINEZ LONGAS ANGEL JOSE
MARTIN PEREZ MARIA
MUÑOZ JACOBO EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión de la bibliografía más reciente sobre la evidencia científica relacionada con el tema, (en bases de datos científicas y protolo HUMS)
- Puesta en común de la búsqueda encontrada.
- Comunicación del orden recomendado de extracción de las muestras sanguíneas a la plantilla de hemodiálisis y trasplante.
- Se ha realizado un poster, y se ha colocado en los dos boxes que frecuentemente se utilizan para la preparación de los pacientes.
- Elaboración de un registro de incidencias en Excel, en que queda constancia de las incidencias ocurridas, (repetición de analiticas...) como indicador de cumplimiento.
Sin que hasta la fecha de 22/12/2019 haya quedado reflejada alguna.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Los resultado alcanzados son el conocimiento por parte del personal habitual de la unidad y eventual (tanto de sustituciones, como de verano...) de la búsqueda de la evidencia científica más actualizada, en cuanto al orden recomendado en la extracción de muestras sanguíneas, y la adaptación a nuestro entorno de trabajo, en concreto en la extracción de las muestras sanguíneas al posible receptor de un trasplante renal.
- Registro de incidencias en Excel, en que queda constancia de las incidencias ocurridas, en el cual se constata el motivo de la devolución y/o
motivo de envío de nueva muestra sanguínea a laboratorio, y otros datos necesarios (fecha, id paciente, id muestra,
tipo de muestra...), como indicador de cumplimiento.
Sin que hasta la fecha de 22/12/2019 haya quedado reflejada alguna.
en el cual se constatará el motivo de la devolución y/o
motivo de envío de nueva muestra sanguínea a laboratorio, y otros datos necesarios (fecha, id paciente, id muestra,
tipo de muestra...).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De esta experiencia hemos conocido las consecuencias de un incorrecto orden en las extracciones sanguíneas, que conllevarían la posible contaminación de las muestras y, la repetición de las mismas, con el consiguiente trastorno para el paciente y el coste económico que ello supone.
Sería interesante dar a conocer al proyecto en todas la unidades del hospital, en la actualidad son las enfermeras de cada planta las que realizan las extracciones. Siendo bastante considerable el número de extracciones analiticas que se realizan a diario en el hospital.
Por conversación mantenida con el servicio de Bioquímica del hospital, compañeras de otras unidades y estudiantes de enfermería que realizan las practicas asistenciales en especialidades médicas, consideramos que sería interesante realizar el proyecto a nivel de todos los servicios, ya que no existe conocimiento extendido en la mayoria de las Unidades del hospital del correcto orden de extracción de las muestras sanguíneas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1056 ========== ***

Nº de registro: 1056

Título
ORDEN DE EXTRACCION DE MUESTRAS SANGUINEAS EN LA PREPARACION AL PACIENTE POTENCIAL RECEPTOR DE UN INJERTO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1056

1. TÍTULO

ORDEN DE EXTRACCION DE MUESTRAS SANGUINEAS EN LA PREPARACION AL PACIENTE POTENCIAL RECEPTOR DE UN INJERTO RENAL

RENAL

Autores:
FERRER LOPEZ EMILIA, MAYORAL LACOMA ALICIA, GIMENEZ LALAGUNA MARIA INMACULADA, CAMPOY MARTINEZ CRISTINA, RUBIO CASTAÑEDA FRANCISCO JAVIER, MARTINEZ LONGAS ANGEL JOSE, MARTIN PEREZ MARIA, MUÑOZ JACOBO EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En la preparación del paciente para trasplante renal es necesaria la extracción sanguínea de varias determinaciones de laboratorio. Algunos tubos contienen aditivos en su interior, que pueden ser pasados al siguiente tubo en la extracción, con la consiguiente contaminación de la muestra y distorsión de los resultados.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer el orden recomendado en la extracción de muestras múltiples en la preparación del paciente candidato a trasplante renal.
Reducir la posibilidad de contaminación de las muestras durante la extracción sanguínea.

MÉTODO
Revisión de la evidencia científica más reciente sobre el orden correcto de la extracción de muestras sanguíneas y su importancia.

Reunión del personal de enfermería de la Unidad de Trasplante, para poner en común la bibliografía seleccionada tras realiza la búsqueda bibliográfica y protocolos existentes en otros centros hospitalarios del país.

Reunión con el servicio de Bioquímica del Hospital U. Miguel Servet para conocer la existencia de protocolo de extracciones sanguíneas, (pendiente de actualizar) el cual nos ha remitido telefónicamente al apartado de IntraSalud, http://172.25.0.105/intranet/plataformacalidadasistencial.html
Laboratorios Clínicos HUMS (Toma de muestras Venopunción)

Realización de un documento que recopile la evidencia encontrada y su difusión a toda la plantilla de enfermería de Hemodiálisis y Trasplante (puesto que la recepción y preparación del paciente para la realización del trasplante la realiza todo el personal de enfermería del servicio según la rueda de turno)

INDICADORES
Como indicador, se preparará un registro, (formato Excel) en el cual se constatará el motivo de la devolución y/o motivo de envío de nueva muestra sanguínea a laboratorio, y otros datos necesarios (fecha, id paciente, id muestra, tipo de muestra…).
Se evaluará a los 3, 6, y 12 meses de la implantación el número de incidencias registradas.
INDICADOR :% de incidencias registradas durante cada período.
ESTÁNDAR: > 98%

DURACIÓN
El inicio del proyecto se iniciará en el mes de abril 2019, tras la reunión de la plantilla de la Unidad de Trasplante (Enfermería), a celebrar el día 10 de abril 2019, convocada con motivo de la petición de vacaciones y la puesta en común y unificación de criterios de temas de interés que afectan a la unidad. (Puesta al día del personal incorporado a la Unidad desde el pasado mes de octubre de 2018).
El 6 de mayo se iniciará el proyecto.
En el mes de junio de 2019 de informará a las personas que se incorporen a la Unidad (Enfermería), con motivo de las vacaciones de verano.
La duración de la actividad es continuada a lo largo del año, y se realizará a todos los pacientes a los que se les extraiga muestras para determinación analítica.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1056

1. TÍTULO

ORDEN DE EXTRACCION DE MUESTRAS SANGUINEAS EN LA PREPARACION AL PACIENTE POTENCIAL RECEPTOR DE UN INJERTO RENAL

```
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 - 2019/0446

1. TÍTULO

EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LA FUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELISA MINCHOLE LAPUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE PABLO CILLEROS FRANCISCO
BELLO DRONDA SALVADOR
PINEDA CORONEL RAHALF
GARCIA FAU PILAR
ALBERICIO GIMENO ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Inicialmente, se ha realizado ecografía torácica en personas sanas para ir adquiriendo habilidad en la búsqueda del diafragma y su valoración. Esta actividad se ha realizado en los primeros 6 meses del proyecto.

2.- Posteriormente se ha realizado ecografía torácica en pacientes con sospecha de disfunción diafragmática, valorada inicialmente por hallazgos en la radiografía de tórax y/o por la necesidad de ventilación mecánica no invasiva. Esta actividad se ha llevado a cabo en los siguientes 6 meses y se continúa en la actualidad.

2.1. Se ha analizado la movilidad de ambos hemidiafragmas comparando el hemidiaframga sospechoso de parálisis con el hemidiafragma sano.

2.2. Se han tomado medidas de la excursion diafragmática (medida tomada de la curva de un ciclo respiratorio, desde el final de la inspiración hasta el final de la espiración de un mismo ciclo) de ambos hemidiafragmas y comparado con los valóres estándar de normalidad.

2.3. La medición del grosor diafragmático se ha podido valorar en los últimos 2 meses, gracias a la adquisición de una sonda ecográfica plana necesaria para este tipo de medición.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Se ha atendido un total de 6 pacientes
2. La obesidad de uno de los pacientes dificultó la valoración diafragmática con una dudosa medición que no se ha considerado en los resultados.
3. La parálisis o paresia de un hemidiafragma se confirmó en 5 pacientes.
4. Los valores medios de excursion diafragmática medidos en el hemidiafragma afectado fueron en todos los casos inferiores a la excursion de su hemidiafragma sano. Todos los hemidiafragmas paralizados tuvieron un valor medio de excursion diafragmática por debajo de los valores de referencia estándar.
5. En 2 pacientes se pudo medir además el grosor diafragmático.
6. En 5 pacientes la sospecha clínica y radiológica de disfunción diafragmática se correlacionó con las mediciones por ecografía.
7. Tres pacientes se encuentran en tratamiento con ventilacion mecánica no invasiva (VMNI) por disfunción diafragmática.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La ecográfia torácica es una técnica incruenta, portátil, repetible, capaz de valorar causas de fallo respiratorio como la parálisis diafragmática.
- La ecografía torácica permite valorar y comparar ambos hemidiafragmas de un paciente en el momento del fallo respiratorio agudo y su monitorización y respuesta tras tratamiento. En nuestro proyecto, los pacientes tratados con VMNI están pendientes de ser valorados tras la instauración del tratamiento.
- La valoración diafragmática por ecografía se continúa realizando en nuestro servicio en el momento actual ya que aporta información valiosa sobre la situación clínica del paciente.
- La continuación de esta técnica permite ir adquiriendo mayor habilidad en la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/446 ========== ***

Nº de registro: 0446

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0446

1. TÍTULO

EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LA FUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA

EVALUACION ECOGRAFICA DE LA FUNCION DIAFRAGMATICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DISFUNCION DIAFRAGMATICA

Autores:
MINCHOLE LAPUENTE ELISA, DE PABLO CILLEROS FRANCISCO, BELLO DRONDA SALVADOR, PINEDA CORONEL RAHALF, GARCIA FAU PILAR, ALBERICIO GIMENO ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Pacientes con sospecha de disfunción diafragmática
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El diafragma es el músculo más importante de la inspiración y es usado mayoritariamente en la respiración de reposo. Existen numerosas situaciones que favorecen la aparición de disfunción en este músculo como son las atelectasias, derrames pleurales, neumonías, distrofias musculares, cirugías, traumatismos o afectaciones neurológicas, pudiendo reducir la movilidad.

Diversos estudios han demostrado la validez de la ecografía torácica como instrumento de evaluación estructural y funcional del diafragma. Es una herramienta no invasiva con alto poder de aplicabilidad en el campo clínico. Los ultrasonidos permiten observar el movimiento diafragmático y evaluar las características del mismo, como la amplitud, la fuerza y la velocidad de contracción, los patrones especiales de movimiento y los cambios en el grosor del diafragma durante la inspiración. Estos parámetros pueden proporcionar información valiosa en la evaluación y el seguimiento de pacientes con debilidad diafragmática o parálisis, y pueden ayudar potencialmente a comprender la disfunción pulmonar causante de una insuficiencia respiratoria.

Los pacientes con disfunción diafragmática son evaluados habitualmente por Neumología. La ecografía torácica surge como una herramienta no invasiva que podría ser de utilidad en el diagnóstico precoz iniciando el tratamiento y la rehabilitación necesaria e influir positivamente en el pronóstico de estos enfermos

RESULTADOS ESPERADOS
- Implantar la ecografía torácica como técnica de evaluación diafragmática en pacientes sintomáticos con sospecha de disfunción diafragmática.
- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes y cuidadores mediante un diagnóstico precoz.
- Iniciar un tratamiento precoz y disminuir los síntomas de estos pacientes mejorando su calidad de vida
- Disminuir el número de reconsultas por este motivo
- Fomentar la investigación clínica y terapéutica

MÉTODO
- Realizar una ecografía torácica en los pacientes con sospecha de disfunción diafragmática.
- Análisis de la movilidad diafragmática con la medición de la excursión diafragmática durante un ciclo respiratorio desde el final de la inspiración hasta el final de la espiración del mismo ciclo.
- Comparar el valor de la excursión diafragmática con los valores estándar de normalidad.
- Medición del grosor diafragmático y su variación durante la inspiración.
- Repetición de las mediciones ecográficas tras tratamiento si se hubiera instaurado.
- Realización de un informe del procedimiento

INDICADORES
- Total de pacientes atendidos.
- Total de pacientes que es posible analizar la movilidad diafragmática midiendo excursión diafragmática.
- Comparación de los valores medios de excursión diafragmática medidos con los valores de referencia estándar.
- Total de pacientes que es posible analizar el grosor diafragmático.
- Número pacientes donde la sospecha clínica y radiológica de disfunción diafragmática se correlaciona con las mediciones por ecografía.
- Número de pacientes cuyos parámetros de función diafragmática mejoran tras tratamiento dirigido.

DURACIÓN
Fecha de inicio: Febrero de 2019
Fecha para la primera evaluación: 12 meses desde el inicio del proceso
Plan de comunicación del proceso: tras la primera evaluación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0446

1. TÍTULO

EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LA FUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA

OBSERVACIONES
Se trata de un proceso basado en la evidencia científica disponible: guías de práctica clínica, protocolos asistenciales, vías clínicas y artículos de calidad.

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 - 2019/0498

1. TÍTULO

ELABORACION DE FORMULARIO DE PETICION DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA, CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA CON SEDOANALGESIA EN NEUMOLOGIA (H.U. MIGUEL SERVET)

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RAHALF PINEDA CORONEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MINCHOLE LAPUENTE ELISA
GARCIA FAU PILAR
ALBERICIO GIMENO ASUNCION
BELLO DRONDA SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha elaborado un nuevo consentimiento informado de broncoscopia flexible con sedoanalgesia. El documento anterior no incluía información respecto a la sedación.
- Este nuevo documento se ha incluido dentro de los consentimientos descargables desde la intranet del hospital.
- Se ha verificado la utilización del mismo desde que se ha incluido en la intranet del hospital.

Calendario:
La elaboración del documento se realizó en septiembre y se envió a la Unidad de calidad en octubre del 2019. Tras la aceptación e inclusión del mismo en la intranet del hospital se ha comprobado su utilización.

Comunicación a profesionales:
El nuevo documento se ha sustituido por el anterior en la intranet, actualmente solo es posible descargar el nuevo consentimiento informado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- El consentimiento informado de broncoscopia flexible con sedoanalgesia se ha elaborado, enviado a calidad y actualmente puede descargarse desde consentimientos informados de la intranet del hospital.
- Tras su elaboración se ha comprobado que más del 80% de las nuevas peticiones lo incluyen.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- El nuevo consentimiento informa mejor al paciente de la sedoanalgesia realizada y de los beneficios y riesgos añadidos debido a la misma.
- Queda por alcanzar que el 100% de toda petición de broncoscopia y ecobroncoscopia vaya acompañada de su consentimiento informado, evitando firmarse el día de la prueba. Actualmente se escribe una nota informativa en el informe que no incluye este consentimiento.
- La petición de solicitud de broncoscopia y ecobroncoscopia se ha decidido mantener por separado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/498 ========== ***

Nº de registro: 0498

Título
ELABORACION DE FORMULARIO DE PETICION DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA, C.INFORMADO DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA Y SEDOANALGESIA EN NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA (H MIGUEL SERVET)

Autores:
PINEDA CORONEL RAHALF, MINCHOLE LAPUENTE ELISA, BELLO DRONDA SALVADOR, ALBERICIO GIMENO ASUNCION, GARCIA FAU PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0498

1. TÍTULO

ELABORACION DE FORMULARIO DE PETICION DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA, CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA CON SEDOANALGESIA EN NEUMOLOGIA (H.U. MIGUEL SERVET)

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

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

PROBLEMA
El artículo 10 de la Ley General de Sanidad establece el derecho de los usuarios del sistema sanitario a la información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico, y a la necesidad de obtener el previo consentimiento escrito para la realización de cualquier intervención, excepto en los casos de riesgo para la salud pública, incapacidad para tomar decisiones o cuando la urgencia no permita demoras. El documento del consentimiento informado (DCI) es el soporte documental de este proceso y trata de garantizar que la información más relevante ha sido ofrecida por el médico y recibida por el paciente. La disponibilidad de documentos de consentimiento informados estandarizados en entornos clínicos con sobrecarga asistencial los convierten muchas veces en la principal, si no la única, fuente de información del paciente, por lo que es importante que estos documentos sean de calidad. Actualmente en la unidad de neumología intervencionista del HUMS disponemos de hojas de petición de broncoscopia flexible, por otra parte de formularios de consentimiento informado para realizar dicho procedimiento y separadamente formatos de consentimiento para sedoanalgesia que se imprimen desde internet, esto hace que para realizar estos procedimientos se deben cumplimentar 3 formularios distintos lo que conlleva al uso de más recursos y tiempo para la petición de un mismo procedimiento. Además que al ser 2 documentos de consentimiento informado distintos el paciente muchas veces al momento de la realización de la intervención acude sin haber leído y firmado alguno de estos. Esto condiciona falta de conocimiento parcial o total del paciente acerca de los actos médicos que se le va ha realizar hasta el mismo día del procedimiento. Para tratar de evitar que esto suceda se confeccionara una petición de broncoscopia/ecobroncoscopia que incluya dentro del mismo documento el formato del consentimiento informado tanto para la broncoscopia/ecobroncoscopía y la sedoanalgesia necesaria para tal acto realizada por el neumólogo. Además se incluirá dicho documento dentro de la intranet para por ser descargado fácilmente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaborar un documento único descargable desde intranet que unifique la petición de la técnica broncoscopia/ecobroncoscopia, consentimiento informado para su realización y consentimiento informado para la sedoanalgesia necesaria para tal procedimiento.
- Incluir este nuevo documento dentro de los documento descargables desde intranet.
- Evitar la falta de información al paciente acerca del procedimiento al que se le va a someter
- Lograr que todos los pacientes acudan el día del procedimiento con los consentimientos informados necesarios debidamente leídos y firmados.
- Ahorrar tiempo al médico responsable a la hora de realizar una petición para broncoscopia/ecobroncoscopia.

MÉTODO
- Confeccionar el nuevo documento de petición de broncoscopia/ecobroncoscopia unificado con los consentimientos informados necesarios de la técnica y sedoanalgesia.
- Inclusión de este documento dentro de la intranet del hospital.
- Difusión a los facultativos para el uso de este nuevo documento.
- Verificación de la cumplimentación de esta nueva petición antes de cada procedimiento

INDICADORES
- Total de broncoscopias/ecobroncoscopias realizadas
- Número de pacientes con el nuevo formato de petición cumplimentado adecuadamente sobre el total de broncoscopias/ecobroncoscopias realizadas.

DURACIÓN
- Fecha de inicio: Marzo 2018
- Fecha para la primera evaluación: Octubre 2018
- Plan de comunicación del proceso: tras la primera 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 - 2019/0498

1. TÍTULO

ELABORACION DE FORMULARIO DE PETICION DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA, CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA CON SEDOANALGESIA EN NEUMOLOGIA (H.U. MIGUEL SERVET)

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0551

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELISABET VERA SOLSONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CARPI MARIA TERESA
GOTOR LAZARO MARIA ANGELES
SANCHEZ BARON ANDRES
ARRIBAS BARCELONA JESUS
DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO
BELLO DRONDA SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza un estudio de campo de las interconsultas virtuales (ITV) recibidas en el Servicio de Neumología desde Enero a Mayo del 2019 con motivo relacionado con la enfermedad, Asma bronquial. Posteriormente, desde Mayo hasta diciembre se han realizado 5 sesiones sobre un PROGRAMA de FORMACIÓN PILOTO en tres centro de Salud con la finalidad de mejorar el diagnóstico y el control de los pacientes con Asma bronquial. El módulo de diagnóstico fue realizado en el mes de mayo y el módulo de control se realizó a principios de Diciembre. Tras finalizar la formación, se han analizado de nuevo todas las interconsultas virtuales recibidas en el mes de diciembre del 2019, teniendo en cuenta los indicadores de calidad en relación al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Inicialmente fueron recibidas 1267 interconsultas virtuales procedentes de Atención Primaria entre los meses de Enero hasta Mayo del 2019, de las cuales 193 (15%) estaban en relación con la enfermedad Asma bronquial. El motivo más frecuentemente consultado fue con un 59% falta de control de la enfermedad, 38% dudas sobre el diagnóstico, 1.5% estudio de comorbilidades relacionadas y un 1.5% situaciones especiales (asma -embarazo).
Se diseñó un protocolo de Formación dirigido hacia los centros de Salud de Atención Primaria siguiendo la Guía Española de Manejo de Asma bronquial (GEMA) y se analizaron los siguientes indicadores de calidad con respecto al diagnóstico, tratamiento y seguimiento:

1.INDICADOR DE DIAGNÓSTICO: Confirmación diagnóstica de los pacientes con asma realizada mediante espirometría con prueba broncodilatadora. (Nº de pacientes con asma con espirometria realizada por 100/ nº de pacientes diagnosticados de asma)

2.- INDICADOR DE DIAGNÓSTICO: Estudio de sensibilización en asma alérgica. A los pacientes con sospecha de asma alérgica se realiza una anamnesis detallada sobre la relación con la exposición ambiental . (Nº de pacientes con anamnesis realizada sobre relación a exposición a neumoalergenos x 100 / nº de pacientes diagnosticados de asma)

3.- INDICADOR DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO : Tratamiento de elección en el asma persistente. El tratamiento de elección en el asma persistente incluye glucocorticoides inhalados (GCI) utilizado diariamente. (Nº de pacientes en tratamiento de control por asma persistente que reciben GCI x 100/ nº de pacientes en tratamiento de control por asma persistente)

4.- INDICADORES DE SEGUIMIENTO: Registro periódico de las exacerbaciones . La valoración específica de las exacerbaciones se evalúa de forma periódica. (Nº de pacientes con asma en los que se ha evaluado y documentado las exacerbaciones x 100/ nº de pacientes con asma).

Tras la realización de este programa piloto, en diciembre del 2019 se recibieron un 16% de ITV por Asma bronquial . Se observó una mejora en el diagnóstico del asma bronquial disminuyendo el motivo de consulta por esta razón de un 38% a un 24%, aumentando las consultas por otras causas como fueron 6% en relación a las comorbilidades asociadas al asma, 3% en situaciones especiales y un 67% en relación al grado de control. Con respecto al tratamiento hubo una mejoría en el uso de glucocorticoides inhalados en los pacientes asmáticos pasando de un 75% a un 88% (por debajo del standard que debería ser un 95%). Los indicadores de seguimiento, cuantificación de exacerbaciones asmáticas, y de diagnóstico en lo referente a la anamnesis detallada sobre los factores de exposición que desencadenan el mal control del asma, se encontraron en cifras subóptimas (21% y 12%, respectivamente, siendo un 80 % y un 90% el standard). El registro de realización de espirometrías fue de un 10%, muy inferior a lo esperado (70% standard).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de espirometrías y su interpretación sigue siendo una limitación en los Centros de Atención Primaria. Además existen otra limitación en nuestro programa, ya que hemos realizado la formación a un número reducido de centros de salud. Sin embargo con una mejor difusión se podría mejorar los resultados obtenidos en cuanto al control y manejo del paciente asmático.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0551

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

El asma bronquial es una enfermedad prevalente y por ello son necesarios programas de formación en espirometrías y en el abordaje conjunto del diagnóstico y control de la enfermedad que mejorara la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Especializada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/551 ========== ***

Nº de registro: 0551

Título
PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

Autores:
VERA SOLSONA ELISABET, MARTIN CARPI MARIA TERESA, GOTOR LAZARO MARIA ANGELES, SANCHEZ BARON ANDRES, ARRIBAS BARCELONA JESUS, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO, BELLO DRONDA SALVADOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Asma es una enfermedad crónica prevalente, afecta a 3 millones de personas en España (5% en adultos y 10% en niños).
En España, los costes se cifran en el 2% del gasto sanitario (1480 millones) de los cuales, el 70% se atribuyen a un mal control. En estudios en vida real, los asmáticos que alcanzan un buen control no llegan al 30%, y además, un 30% de pacientes diagnosticados de asma, no lo son. Es necesario realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados, sobre todo los que presentan un Asma Grave (AG) y de Control Difícil (ACD), sobre los que recae el mayor consumo de recursos sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Desde la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y desde la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), se ha potenciado la creación y acreditación de Unidades Monográficas para la atención integral de pacientes con Asma (UMA), sobre todo con AG y ACD cuyos objetivos son: 1) mejorar el nivel de cuidado de los pacientes, asegurando un marco de calidad asistencial, 2) establecer los recursos y facilitar la gestión de los mismos, 3) Impulsar el desarrollo de planes formativos en asma y avanzar en el concepto de acreditación del conocimiento, 4) favorecer la colaboración con profesionales de otras disciplinas clínicas y 5) promover la investigación en asma.
En España, la creación de UMA ha resultado ser costo- efectiva. Parece razonable pensar que su puesta en marcha en el Hospital Miguel Servet (HMS), puede contribuir a mejorar el control de los pacientes con Asma, evitar diagnósticos erróneos, mejorar la satisfacción del paciente y disminuir el consumo de recursos sanitarios. Es fundamental que desde Atención Primaria se realice un diagnóstico adecuado y en caso de que no exista un buen control del paciente asmático, y siguiendo los criterios consensuados, se derive a las UMA.

MÉTODO
Durante 2014 y 2015 se elaboró un protocolo para Aragón de Derivación de pacientes asmáticos desde AP a AE en el que participaron Neumólogos, Alergólogos, Médicos de Atención Primaria (AP) y personal de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud. A través de la implantación de la Interconsulta Virtual (ITV) en el sector II se quiere desarrollar el Proyecto IMPRODA definido por el conjunto de actuaciones por las que se le presta atencio ´n a personas que consultan por si ´ntomas sugestivos de asma, se establecen mecanismos para la deteccio ´n precoz, diagno ´stico, clasificacio ´n de gravedad, tratamiento ajustado, actividades educativas en prevencio ´n y estrategias de automanejo y seguimiento. Todo ello encaminado a asegurar una calidad de vida o ´ptima, garantizar la continuidad asistencial, la coordinacio ´n entre los diferentes profesionales y la corresponsabilidad de los éstos y el paciente.
a) Entrada al proceso a través de ITV. Criterios de derivación: diagnósticos, terapeúticos, circunstancias especiales, relacionados con el tratamiento actual.
b)Li ´mite final: Exclusio ´n del diagno ´stico de asma; Asma controlado, paciente asintoma ´tico y con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0551

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

funcio ´n pulmonar normal, sin tratamiento, al menos 2 an~os.
HOJA DE DERIVACIÓN DE PACIENTE ASMÁTICO DESDE AP A AE Datos de filiación:
Motivo de derivación
1.Problema diagnósticos
-No confirmación con medios disponibles -Posible componente alérgico
-Sospecha de asma ocupacional -Sospecha de pseudoasma
-Sospecha de enfermedad agravante
2.Problemas terapéuticos
-Mal control sintomático
-Exacerbaciones frecuentes (= 2 tandas de corticoides/año, visita a urgencias o ingreso hospitalario) -Riesgo futuro incrementado (FEV1 < 80%)
-Necesidad de tratamientos especiales (biológicos, termoplastia, antibioterapia prolongada) -Efectos secundarios graves del tratamiento
-Rinosinusitis y poliposis nasal graves
3.Circunstancias especiales -Sindrome de solapamiento (ACO) -Asmática embarazada
-Antecedentes de asma de riesgo vital -EREA
-Asma corticodependiente y corticoresistente -Alergia alimentaria
-Aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA)
4.Tratamiento actualizado

INDICADORES
La utilidad de este protocolo va a ser evaluada mediante indicadores de calidad y así determinar el número y características de los pacientes que, estando en tratamiento por Asma, no son realmente asmáticos y, por otro la mejoría en el grado de control del Asma.
Cabe remarcar la necesidad de difundir este protocolo de Asma bronquial a los médicos de AP, mediante la realización de un programa formativo y así desarrollar el proyecto con garantías y dentro de los criterios de calidad expresados anteriormente.

DURACIÓN
Reuniones Atención Especializada-Atención Primaria: segundo trimestre de 2019. Difusión del protocolo a los Médicos de Atención Primaria: cuarto trimestre de 2019. Implementación del protocolo: Año 2020.
Evaluación de resultados: Primer trimestre del 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 - 2019/0636

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES GOTOR LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERA SOLSONA ELISABET
MARTIN CARPI MARIA TERESA
SANCHEZ VARON ANDRES
ARRIBAS BARCELONA JESUS
GALLEGO BERMEJO CARMEN
DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO
BELLO DRONDA SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaboración la guia de practica clínica " Protocolo de derivación de los pacientes entre A. Primaria y Neumologia con EPOC" desarrollado durante los años 2018/2019, en base a las últimas normativas publicadas de GOLD y GesEPOC. Es un proyecto de 53 páginas que hace referencia a la atención integral de estos pacientes. Las recomendaciones de este protocolo quieren ser un referente en la práctica clínica para que los pacientes con EPOC, con independencia del centro o el médico al que hayan acudido, sean diagnosticados y tratados de forma similar (pruebas diagnósticas, medidas higiénico-dietéticas, fármacos, etc.).Se trata de optimizar el proceso diagnostico y adecuar el tratamiento según su nivel de gravedad identificando en primer lugar a los pacientes de bajo o alto riesgo. La sistemática empleada en esta revisión, se basará en plantear la relación asistencial adecuada entre AP y AE, según el estado clínico del paciente EPOC, donde se incluye la prevención, el diagnóstico y el tratamiento y abordaje de las complicaciones de la EPOC. Este protocolo hace recomendaciones sobre los siguientes aspectos:
– Detección precoz y cribado de la EPOC en personas fumadoras que presentan síntomas.
– Prevención primaria (tabaco y ejercicio físico) de la EPOC.
– Diagnóstico de la EPOC.
– Tratamiento del paciente con EPOC estable.
– Tratamiento de las exacerbaciones ambulatorias del paciente con EPOC.
– Tratamiento del paciente con EPOC y comorbilidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado la medición de los indicadores propuestos en el proyecto, mediante el análisis de todas las interconsultas virtuales registradas, encontrando los siguientes resultados.
Indicador 1. Proporción de pacientes derivados a neumologia con diagnóstico de EPOC que se confirma el citado diagnóstico.
- Hasta el 31 de Diciembre del 2019 se han llevado a cabo 2955 interconsultas virtuales (un 17% más que durante el 2018).
- En el 79% de casos derivados con sospecha clínica de EPOC, se confirma el citado diagnóstico.
- Del total de pacientes derivados, en el 20% de los casos han sido para control y seguimiento por EPOC, un 4% por asociarse con insuficiencia respiratoria aguda y en el 8% por exacerbación con aumento de la disnea para control terapéutico de la misma y el resto por sospecha clínica sin confirmación.

Indicador 2. Número de espirometrias realizadas durante el último año/total pacientes con el diagnóstico de EPOC. Sólo en el 15% de los pacientes derivados con diagnóstico de EPOC tienen un registro de espirometria previa realizada en su centro de salud.

Indicador 3.-Numero de pacientes diagnosticados de exacerbación de EPOC que tienen registrada una espirometria previa/ Nº total de pacientes diagnosticados de exacerbacion EPOC.
- Analizando el total de pacientes ingresados en nuestro centro, hemos comprobado que 559 pacientes han precisado ingreso hospitalario hasta Diciembre 2019 por haber presentado una exacerbación de EPOC.
- Del total de los pacientes ingresados, en el 76% de los casos hay constancia de una espirometria previa al ingreso, realizada o bien por parte de MAP o por parte de Atención Especializada en los Centros Médicos de Especializada o en el Hospital.

Indicador 4.- Proporción de pacientes que reciben un tratamiento correcto para el nivel de gravedad que presentan Existe un 43% de casos que llevan un tratamiento broncodilatador sin estar bien documentado, bien porque hay dudas diagnósticas o porque no tienen realizada una espirometria que lo justifique. Esto significa que no hay un diagnóstico cierto de EPOC, sin embargo llevan la etiqueta de "sospecha de EPOC", con tratamiento broncodilatador correspondiente, antes de haber llegado al diagnóstico final.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La EPOC supone de forma globlal entre un 20- 30% de las consultas de Neumología, el 10% de Atención Primaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0636

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

y el 10% del total de ingresos hospitalarios. Además la presencia de EPOC aumenta el riesgo de ingreso por otras patologías, especialmente las de origen cardiovascular. Es una enfermedad que está aumentando de forma considerable, sobre todo entre las mujeres, debido a los cambios de hábitos relacionados con el tabaquismo en las últimas décadas.

- Siendo la EPOC, una de las enfermedades crónicas más prevalentes, destacan algunos aspectos que tienen gran importancia en su manejo: Unas cifras de infradiagnóstico muy importantes, y una escasa precisión diagnóstica, con un pequeño e inadecuado uso de las pruebas diagnósticas, sobre todo la espirometría forzada.

- La espirometría sigue siendo infrautilizada en el diagnóstico y seguimiento de la EPOC, y hay una gran variabilidad en su uso, tanto en la atención primaria como en la atención hospitalaria. Uno de los problemas detectados en nuestro estudio, es que siendo una prueba de control y seguimiento en estos pacientes a nivel de atención primaria, con frecuencia no está realizada, y sólo el 15% de los pacientes derivados tienen una espirometria previa realizada. Estos datos conllevan elevadas cifras de infradiagnóstico, alrededor del 85%, con las consecuencias clínicas que esto conlleva.

- Otro problema encontrado es que el registro de las espirometrías en las historias clínicas de atención primaria tampoco es el adecuado. Con frecuencia no se pueden encontrar los valores mínimos de la espirometría forzada (FVC, FEV1 y cociente FEV1/FVC), ni tampoco datos correspondientes a la prueba broncodilatadora, desconociéndose muchas veces los valores de referencia utilizados y recogiéndose solo los valores porcentuales del FEV1.

- Seria necesario que cuando se registran los datos de la espirometria, puedan ser visualizados tanto los datos numéricos como la curva realizada, para poder validad la calidad en la realización de la citada prueba, así como una mejor visibilidad de la misma en OMI, porque es necesario una búsqueda exhaustiva en su historia clínica hasta localizar los resultados.

- Es una enfermedad que conlleva la movilización de numerosos recursos en salud, tanto en lo que se refiere al coste económico como al elevado número de consultas, por lo que el objetivo es realizar un tratamiento precoz y adecuado de la enfermedad y prevenir su evolución desfavorable optimizando el tratamiento farmacológico, puesto que existe un elevado número de pacientes con tratamiento broncodilatador, no suficientemente bien argumentado.

Todos estos planteamientos, comportan una clara oportunidad de mejora en cuanto a la calidad asistencial de los enfermos con EPOC en ambos niveles asistenciales.

RECOMENDACIONES:
Los profesionales que atienden al paciente con EPOC han de tener competencias en el diagnóstico temprano de la enfermedad, la interpretación de la espirometría forzada y el tratamiento de la fase estable y las exacerbaciones. Ello implica que el manejo del paciente EPOC debiera de asumirse desde AP en colaboración con Neumologia, a quien podrá remitirse el paciente en determinadas situaciones, de ahí la necesidad de realizar este protocolo de derivación para mejorar la asistencia a estos pacientes y plantear una atención integrada que es fundamental en esta patologia incluyendo la conveniencia de:
- Derivar a los pacientes con las exploraciones básicas realizadas, como la espirometria y Rx de tórax (cuando esté indicada la realización de ésta última), para facilitar la realización de consultas de rápida resolución. La no ejecución por parte de A. Primaria de éstas pruebas, supone una segunda visita para el paciente, un retraso en llegar al diagnóstico definitivo y conlleva aumentar las demoras existentes en consultas de Neumología.

CONCLUSIONES:
1. La EPOC es una patologia con alta prevalencia y en consecuencia un motivo muy frecuente de interconsulta virtual desde atención primaria
2. La primera causa más frecuente de derivación es para establecer el diagnóstico. Sólo el 15% de los pacientes tiene documentada una espirometria previa, exploración necesaria para el diagnóstico de estos pacientes.
3. Otra causa frecuente de derivación en la EPOC es por mal control de los síntomas a pesar del tratamiento.
4.Es necesario potenciar el protocolo de derivación de los pacientes con EPOC, estimulando la creación de las consultas de alta resolución y mejorando la realización de espirometrias en los centros de atención primaria.
5. Debido al elevado porcentaje de pacientes tratados, cuyo diagnóstico no está bien documentado, es necesario mejorar en este proceso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/636 ========== ***

Nº de registro: 0636

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0636

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

Título
PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

Autores:
GOTOR LAZARO MARIA ANGELES, VERA SOLSONA ELISABET, MARTIN CARPI MARIA TERESA, SANCHEZ VARON ANDRES, ARRIBAS BARCELONA JESUS, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO, BELLO DRONDA SALVADOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada, con una elevada morbimortalidad y considerada como un problema de salud pública de gran magnitud. Representa un elevado coste sanitario y constituye la cuarta causa de muerte en los países de nuestro entorno, estimándose sea la tercera en el año 2020 . Los profesionales que atienden al paciente con EPOC han de tener competencias en el diagnóstico temprano de la enfermedad, la interpretación de la espirometría forzada y el tratamiento de la fase estable y las exacerbaciones.
Ello implica que el manejo del paciente EPOC debiera de asumirse desde AP en colaboración con la Atención Especializada (AE), a quien podrá remitirse el paciente en determinadas situaciones, de ahí la necesidad de realizar
este protocolo de derivación entre atención primaria y neumologia para mejorar la asistencia a estos pacientes, aprovechando la actual herramienta asistencial como es la interconsulta virtual que permite ofrecer al paciente una respuesta precoz, en menos de 48 horas de media, mejorando la accesibilidad, de forma protocolizada, se afianza el trabajo en equipo entre primaria y atención especializada, optimizando los tiempos de espera y priorizando los casos más complejos e inestables. La motivación de esta consulta virtual ha sido mejorar la comunicación entre profesionales, evitar derivaciones innecesarias, dirigir al paciente a consultas específicas en función de su patologia, evitando en ocasiones pasos intermedios.

RESULTADOS ESPERADOS
Las recomendaciones de este protocolo quieren ser un referente en la práctica clínica para que los pacientes con EPOC, con independencia del centro o el médico al que hayan acudido, sean diagnosticados y tratados de forma similar
(pruebas diagnósticas, medidas higiénico-dietéticas, fármacos, etc.).Se trata de optimizar el proceso diagnostico y adecuar el tratamiento según su nivel de gravedad identificando en primer lugar a los pacientes de bajo o alto riesgo.
La sistemática empleada en esta revisión, se basará en plantear la relación asistencial adecuada entre AP y AE, según el estado clínico del paciente EPOC, donde se incluye la prevención, el diagnóstico y el tratamiento y abordaje de las complicaciones de la EPOC. Este protocolo hace recomendaciones sobre los siguientes aspectos:
– Detección precoz y cribado de la EPOC en personas fumadoras que presentan síntomas.
– Prevención primaria (tabaco y ejercicio físico) de la EPOC.
– Diagnóstico de la EPOC.
– Tratamiento del paciente con EPOC estable.
– Tratamiento de las exacerbaciones ambulatorias del paciente con EPOC.
– Tratamiento del paciente con EPOC y comorbilidades.

MÉTODO
El proceso de atencion inicial al paciente con EPOC debe seguir cuatro pasos:
• Paso 1: diagnostico de la EPOC.
• Paso 2: estratificacion del riesgo en bajo o alto.
• Paso 3: determinacion del fenotipo en pacientes de alto riesgo.
• Paso 4: tratamiento guiado por sintomas (bajo riesgo) o por fenotipo (alto riesgo).
Para el diagnóstico es preciso que desde atención primaria se realicen una serie de pruebas diagnósticas como son: espirometria, Rx de tórax, analítica básica con alfa1 antitripsina y saturación arterial de oxígeno. Para estratificar el riesgo también debemos saber si han existido o no exacerbaciones el año previo así como la determinación del grado de disnea basal que el paciente presenta. Estos datos nos permitirán proporcionar el tratamiento más adecuado a cada grupo de pacientes y nos dan la información suficiente para saber cuando está indicado derivar al segundo nivel asistencial como puede ser en casos de: Dudas en el diagnóstico o para la realización de espirometría, si no se dispone de ella en otros niveles de atención, presencia de cor pulmonale, síntomas desproporcionados para la alteración funcional respiratoria, sospecha de déficit de alfa1 antitripsina, tras un ingreso hospitalario, cuando hay exacerbaciones frecuentes (más de 2/año), descenso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0636

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

acelerado del FEV1, cuando existe un patrón mixto (restrictivo/obstructivo) en la prueba de función respiratoria, indicación de oxigenoterapia domiciliaria.

INDICADORES
- Proporción de pacientes derivados a neumologia con diagnóstico de EPOC que se confirma el citado diagnóstico.
- Número de espirometrias realizadas durante el último año/total pacientes con el diagnóstico de EPOC
- Numero de pacientes diagnosticados de exacerbación de EPOC que tienen registrada una espirometria previa/ Nº total de pacientes diagnosticados de exacerbacion EPOC.
- proporción de pacientes que reciben un tratamiento correcto para el nivel de gravedad que presentan.

DURACIÓN
- Reuniones AP-Neumologia: tercer trimestre 2019.
-Difusión del protocolo: cuarto trimestre 2019.
-Implementación del protocolo en 2020.
-Evaluación de resultados: cuarto trimestre 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 - 2019/0704

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE BIOPSIA PULMONAR EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JUAN ANTONIO DOMINGO MORERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRIBAS BARCELONA JESUS
ALVAREZ ALEGRET RAMIRO
SANCHEZ BARON ANDRES
GAMBO GRASA PAULA
GOMARA DE LA CAL SARA
FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Evaluación de las peticiones de biopsia realizadas en años anteriores
-Elaboración del borrador del modelo de petición de biopsia
-Evaluación del borrador en reunión mensual de grupo de trabajo en EPID del H Miguel Servet
-Realización de correcciones y nueva presentación del borrador. Aprobación del mismo
-Transcripción a formato electrónico del modelo de petición de biopsia (Excel)
-Reunión con informática para colgar el modelo de petición en intranet del Hospital
-Presentación del modelo ya colgado en intranet en reunión del grupo de EPID
-Elaboración de diagrama de flujos de petición de biopsia con el nuevo modelo. Presentación a Servicios de Anatomía Patológica y Cirugía Torácica
-Inicio del registro de peticiones de biopsia pulmonar y recogida de indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Modelo de petición de biopsia consensuado, colgado en intranet y en uso
Inicio del registro de biopsias y de la calidad de la información en las peticiones realizadas
Inicio del registro del grado de cumplimentación del nuevo modelo de petición de biopsias
Potenciación de la participación del Servicio de Anatomía Patológica en las sesiones del grupo de EPID

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se confirma la deficitaria información que se aportaba hasta la fecha en las peticiones de biopsia pulmonar por EPID
Necesidad de continuar con la mejora de calidad
-Recogida y elaboración e indicadores
-Potenciar participación de AP en reuniones de EPID para discutir los casos con biopsia
-Necesidad de realización de sesiones clínicas inter-servicios basadas en el nuevo modelo de colaboración

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/704 ========== ***

Nº de registro: 0704

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE BIOPSIA PULMONAR EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS

Autores:
DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO, ARRIBAS BARCELONA JESUS, ALVAREZ ALEGRET RAMIRO, SANCHEZ BARON ANDRES, GAMBO GRASA PAULA, GOMARA DE LA CAL SARA, FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0704

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE BIOPSIA PULMONAR EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El proceso diagnóstico de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) ha cambiado a lo largo de los últimos años. Hemos pasado de una situación en la que la biopsia pulmonar era considerada como "la última palabra en el diagnóstico de las EPID" a la actual, en la que la información de la biopsia se incorpora al resto de características de cada caso y se alcanza el diagnóstico definitivo en discusión multidisciplinar, siendo ésta la que se considera como "gold standard" diagnóstico.

A lo largo del proceso diagnóstico, cada caso es evaluado en distintos aspectos por distintos especialistas: neumología, reumatología, medicina interna, radiodiagnóstico, anatomía patológica, bioquímica, amén de otras que puedan considerarse necesarias en cada caso concreto como cardiología, dermatología, hematología…

Actualmente en nuestro hospital, el proceso diagnóstico de las EPID suele iniciarse en Neumología, aunque también puede serlo en Reumatología o en Medicina Interna en casos en los que ya existe una enfermedad diagnosticada y presenta como complicación una EPID. El estudio histológico de biopsias pulmonares no es necesario en el 100% de los casos y cuando se solicita, la información que le llega al patólogo está fragmentada y dispersa en la historia clínica del paciente. Aunque la decisión de la solicitud de biopsia se toma habitualmente en sesión multidisciplinar, no hay un instrumento que permita agregar toda la información disponible para que el patólogo pueda utilizarla más allá de la revisión de la historia clínica.

Por este motivo, el informe del patólogo se ve dificultado y el rendimiento que se consigue con la biopsia puede mejorarse si hay un documento estandarizado que recopile toda la información previa a la toma de decisión de la solicitud de la biopsia pulmonar.
Se propone una actividad para mejorar la calidad de información que recibe el patólogo en la petición de biopsias pulmonares para el estudio de la EPID que permita obtener el mayor rendimiento posible de las mismas. Se propone diseñar un instrumento (modelo de informe estandarizado) que recoja la información disponible previa a la biopsia de forma reglada y la ponga a disposición del equipo multidisciplinar, con especial relevancia para la interpretación de la biopsia en Anatomía Patológica.

RESULTADOS ESPERADOS
-Diseño de un modelo estandarizado de informe que recoja de modo sistemático todos los datos disponibles previos a la biopsia pulmonar.
-Optimización del rendimiento diagnóstico de la biopsia pulmonar en el estudio de las EPID
-Adecuación del proceso de diagnóstico de las EPID a los estándares aconsejados por las Sociedades Científicas actualmente
-Reducción del tiempo empleado en el análisis de las biopsias
-Mejora en la calidad del estudio de las biopsias. Reducción del número de biopsias con diagnósticos inespecíficos

MÉTODO
-Acciones previstas:
-Presentación del proyecto en la sesión del grupo de EPID
-Elaboración del modelo de información previa a petición de biopsia pulmonar
-Debate y aprobación del modelo por los miembros del proyecto de mejora de calidad
-Incorporación del modelo como un formulario para solicitud de biopsia pulmonar por EPID. Una vez cumplimentado el formulario en cada caso, deberá quedar disponible para su consulta en la historia electrónica
-Recursos materiales necesarios: los medios informáticos ya disponibles en el hospital

INDICADORES
1.- Registro del número de biopsias pulmonares
2.- Porcentaje de peticiones de biopsia con el informe previo cumplimentado
3.- Calidad en la cumplimentación del informe de petición de biopsias: porcentaje de ítems cumplimentados
4.- Encuestas de satisfacción del servicio que pide la biopsia con el informe de la misma
5.- Encuestas de satisfacción del servicio de Anatomía Patológica con la información recibida
6.- Realización de una sesión clínica anual conjunta para evaluar desarrollo, implantación e identificar puntos de mejora

DURACIÓN
-Reuniones planeadas:
Una mensual (3 en total) para elaborar el modelo
Reunión con Admisión/Informática para colgar el modelo de petición
Presentación del modelo para inicio de su implantación:
En reunión del grupo de EPID
En sesión de Neumología
En sesión de Anatomía Patológica
Recopilación de las biopsias realizadas en el último año para que sirvan como comparador. Se puede extender la revisión a dos años si el número de las mismas es menor de 10
-Elaboración de los indicadores e informe final de desarrollo del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0704

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE BIOPSIA PULMONAR EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS

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 - 2019/0764

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA CONSULTA VIRTUAL

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA MARTIN CARPI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOTOR LAZARO MARIA ANGELES
VERA SOLSONA ELISABET
GALLEGO BERMEJO CARMEN
SANCHEZ BARON ANDRES
ARRIBAS BARCELONA JESUS
CARRIZO SIERRA SANTIAGO
BELLO DRONDA SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En 2019 se han realizado 2.955 consultas intervirtuales al Servicio de Neumología. Respecto a SAHS, se han solicitado 708 consultas, el 24% del total. 312 pacientes han sido derivados al CME S.J. y 396 a CME RyC. La distribución por sexos es de 199 (28%) mujeres y 509 hombres (72%).
Los motivos de derivación de estos pacientes los agrupamos en tres categorías.
1. Control de pacientes ya diagnosticados: 234 (33%). La mayor proporción de este grupo se encuentra para renovación de la prescripción y control clínico. Sin embargo, se solicita también citación para la emisión de informes necesarios para la renovación del permiso de conducción (Reglamento General de Conductores: Anexo IV: regula las aptitudes psicofísicas para obtener o prorrogar el permiso. España ha actualizado sus criterios acorde a la Directiva Europea: RD 1055/2015 (20N). Entró en vigor en 2016.
Asimismo se solicita control de pacientes cuyos resultados de lectura del dispositivo CPAP indican la existencia de IAH residual elevado a pesar del tratamiento.
Es de destacar que, con ocasión de sustitución de CPAP por parte de la nueva empresa de Terapias Respiratorias Domiciliarias (TRD), a partir de julio de 2019 se ha solicitado consulta por ausencia de adaptación al nuevo dispositivo y necesidad de nueva revisión o prescripción de nuevos complementos o sustitución por otra marca de CPAP (14 casos).
2. Para el diagnóstico de SAHS: 431 (61%). En todos ellos figura la descripción de síntomas: ronquido y/o somnolencia/cefalea matutina y/o pausas de apnea. Sin embargo, solamente 22 presentan datos antropométricos y/o IMC y/o cuestionario de Somnolencia Epworth o STOP-Bang y/o exploración de vía aérea: Mallampati.
7 se remiten por actividad laboral de riesgo, fundamentalmente conducción. 4 por recomendación de Psiquiatría. 5 desde Cardiología y 3 por HTA de difícil control.

3. Para iniciar tratamiento: 43 (6%) pacientes.

Las solicitudes pendientes para realizar los estudios ya figuran en los buzones de la historia electrónica. De esta forma, todos los facultativos disponen de información sobre la situación de la prueba solicitada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Cumplimentación del cuestionario STOP-Bang en la petición >20%. A pesar de demostrarse un crecimiento progresivo en su aplicación no se alcanzan los niveles deseables, tan sólo se llega al 5%.
2. Realización previa de las pruebas complementarias >20%. Sí que se alcanzan, RX y Espirometría.
3. Registro de las peticiones en el repositorio, buzón >60%. Actualmente quedan registradas la totalidad de las solicitudes, 100%.
4. Emisión del Informe de resultados en la Historia Electrónica que permite ser conocido por los diferentes niveles Asistenciales, 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La demanda para estudio, tratamiento y control de SAHS es creciente desde Atención Primaria. Corresponde a la cuarta parte de las solicitudes. Existe alta sospecha diagnóstica en relación a la sintomatología. Las peticiones se van sistematizando progresivamente. Desde todos los niveles asistenciales es posible conocer la situación de la solicitud así como los resultados de las pruebas diagnósticas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/764 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0764

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA CONSULTA VIRTUAL

Nº de registro: 0764

Título
IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA CONSULTA VIRTUAL

Autores:
MARTIN CARPI MARIA TERESA, VERA SOLSONA ELISABET, GOTOR LAZARO MARIA ANGELES, SANCHEZ BARON ANDRES, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, ARRIBAS BARCELONA JESUS, CARRIZO SIERRA SANTIAGO, BELLO DRONDA SALVADOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es un problema de salud pública: es una enfermedad altamente prevalente con repercusión en la calidad de vida.
En relación al diagnóstico hay que hacer frente tanto al problema del infradiagnóstico como al derivado de las listas de espera para realización de las pruebas pertinentes. El papel del médico de atención primaria (MAP) es primordial a la hora de identificar los casos sospechosos. Por otra parte, es imprescindible la priorización previa identificación de los pacientes con clínica de SAHS más severo.
Con ocasión de la implementación en el Sector II de Zaragoza de la Interconsulta Virtual (ITV), como herramienta de gestión de procesos entre Atención Primaria y Especializada, se ha desarrollado este proyecto para aumentar la eficiencia y calidad de diagnóstico y tratamiento de SAHS entre ambos niveles asistenciales.
Como se ha analizado en el proyecto previo, el 24% de las ITV a Neumología corresponden a clínica compatible con SAHS. La mayoría de ellas para el diagnóstico (69%), el resto para control (23%) y tratamiento (8%).
Respecto al diagnóstico, en todos ellos figura la descripción de síntomas: ronquido y/o somnolencia/cefalea matutina y/o pausas de apnea. Sin embargo, solamente 19 presentan datos antropométricos y/o IMC y/o cuestionario de Somnolencia Epworth o STOP-Bang y/o exploración de vía aérea: Mallampati. 9 se remiten por actividad laboral de riesgo, fundamentalmente conducción.
Con todo ello concluimos que, las peticiones no están sistematizadas por lo que la priorización en la atención se dificulta. El proceso de mejora asistencial se debe implementar de forma progresiva.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejora continua de la comunicación
- Derivación con el menor número de consultas presenciales
- Priorización atendiendo a grado de severidad de los síntomas
- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes
- Conocer el grado de satisfacción de los facultativos.

MÉTODO
Desde el ámbito de Atención Primaria se debería seleccionar previamente a los pacientes para el estudio domiciliario de la patología:
1. Edad <55 años
2. Ausencia de comorbilidades: EPOC, Insuficiencia Respiratoria, Enfermedades Neurológicas o Cardiopatía (isquémica, valvulopatía, MCD, arritmias).
3. Estaría indicado cumplimentar el cuestionario STOP-Bang. Informando del valor de cada ítem.
4. Solicitud de estudio de patología del sueño por parte de Atención Primaria a través de la Plataforma. En el momento de que llegue esta solicitud a la Consulta Virtual se debería haber realizado ECG, Espirometría y Rx de tórax .
5. Validación de la recepción y aceptación por parte del Servicio de Neumología (Poligrafía Respiratoria).
6. Creación de un repositorio con las peticiones, buzón, al que se puede acceder para conocer el estado de la solicitud. Priorización según el cuestionario.
7. Realización del estudio. Informe del mismo en Historia Electrónica.
8. Remisión al paciente al Centro de Salud o Centro Médico de Especialidades según resultados a través de la Consulta Virtual.
Hay que añadir que el abandono del formato de papel en beneficio de plataformas digitales nos obliga a una vigilancia extrema y cuidadosa. Es por ello, que la implantación de este proyecto debe realizarse con cautela

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0764

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA CONSULTA VIRTUAL

y progresivamente, preferiblemente con uno o dos Centros de Salud implicados, uno por cada CME. Otra de las dificultades añadidas es la gestión informática de los Cuestionarios, las Solicitudes de Poligrafías y la remisión de los pacientes a las Consultas correspondientes una vez elaborados los informes diagnósticos y e indicación de tratamiento.

INDICADORES
1. Cumplimentación del cuestionario STOP-Bang en la petición >20%.
2. Realización previa de las pruebas complementarias >20%.
3. Registro de las peticiones en el repositorio, buzón >60%.

DURACIÓN
MAYO 2019-FEBRERO 2020

OBSERVACIONES
Implementación progresiva

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 - 2019/0814

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RORO TOLOSANA PARICIA
GONZALEZ LOPEZ CARMEN
MONGE FONDEVILA JUSTA
HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR
CASTRO USED MARIA DOLORES
ALDA ALGARATE MARIA JESUS
ASENSIO VELA REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
resultados. Indicar si se ha elaborado algún tipo de material para desarrollar el proyecto.
* Formamos un equipo de trabajo y dividimos en subgrupos las diferentes tareas a realizar y la recogida de información. (febrero 2019)
*Reuniones con la dirección de enfermeria del HUMS y con la de AP de nuestro sector: definición de los circuitos a seguir con las 2 coordinadoras de AP. (reuniones realizadas en Julio y septiembre del 2019)
*Reunión con las coordinadoras de los diferentes centros de salud de nuestro sector para explicar el proyecto. Se realizó el 7 octubre del 2019
*Creación de base de datos, programa para registrar los pacientes y realizar los test de tabaquismo. (marzo/abril 2019)
*Preparación de educación sanitaria para el paciente y tríptico motivacional para el paciente. (abril/mayo 2019)
*Creación de informe de continuidad de cuidados sobre deshabituación tabáquica para enviar a enfermera de AP y/o consulta de deshabituación. (abril 2019)
*Preparar plan de acción con el paciente ingresado que incluye: registro de nuevos ingresos cada día en hoja excell, selección de pacientes, entrevista motivacional, ejecución de los test de dependencia de nicotina y test de motivación para dejar de fumar,,dar al paciente información básica y apoyo, hablar con el médico que lo lleva en la unidad para empezar un tratamiento farmacológico si pertinente, programar cita del paciente con enfermeria o medicina de AP,enviar correo electrónico a coordinador de enfermeria del centro de salud avisando que el paciente quiere entrar en el programa de deshabituación, avisar del alta del pacte al centro se salud y entregar al pacte el informe de continuidad de cuidados de DT para que lo lleve a AT (junio/septiembre2019)
*Seguimiento de los pacientes con feedbacks al mes,3 meses y 6 meses
*Creación de un consentimiento informado para aceptar la entrada en este programa y el seguimiento a través de historia clínica y llamada telefónica al paciente (noviembre 2019).
*Implementación: realización de pequeños videos de 1min de duración aproximada que se envían a todo el personal de la unidad de neumología para explicar las diferentes partes del proyecto y la necesidad de colaboración de todo el personal e implicación como parte de nuestro proyecto de gestión. (diciembre 2019). Explicado también por la supervisora de enfermeria en las ultimas 2 reuniones de la unidad. (junio y diciembre 2019)
* Empezamos a implementar el proyecto en pacientes de la unidad en enero 2020 recogiendo los datos en una hoja de Excel, que nos servirá para la recogida de datos y resultados finales del proyecto a finales del 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Por el momento los resultados alcanzados no son muchos ya que el inicio de implantación del proyecto se ha demorado más de los esperado. De los indicadores que establecimos vamos a poder incluir los datos que tenemos de enero del 2020. Como solo es un mes de seguimiento no vamos a poder incluir datos ya que aún no disponemos de ellos.
Nuestros indicadores seran los siguientes:
1.- nº pctes ingresados incluidos en el programa de DT/total de pctes fumadores ingresados (indicador de proceso trimestral) (fuente de datos: base de datos DT y protocolo valoración enfermeria de la historia de enfermeria.
Durante el mes de enero del 2020 = 9/28x100= 32% del total de pacientes fumadores ingresados se ha incluido en el programa de captación para la deshabituación tabáquica (DT)

2.- nº de registros del protocolo de valoración bien cumplimentada la voz “fumador -no fumador” /total de pctes ingresados (indicador de estructura Mensual) (Fuente: protocolo de valoración de enfermeria) objetivo 100%
Durante el mes de enero del 2020=74/109x100= 68% de los registros de valoración tenían cumplimentada la voz “fumador/no fumador. El estándar es 100% lo que significa que tenemos que trabajar en este ámbito para que todo el personal de enfermería se implique en cumplimentar y preguntar al paciente si fuma o no.

3.- nº pctes incluidos en el programa de DT en Atención Primaria que lo terminan/total pctes derivados a AP (indicador de resultado Semestral) (fuente: mail/telefónica, contacto con enfermeria de atención primaria y/o paciente) Objetivo: averiguar porcentaje de abandono

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

1. TÍTULO

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

Este indicador en concreto de momento no tenemos datos ya que son semestrales. Aunque ya indica que va a ser difícil de valorar por la escasa colaboración de Atención Primaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo en equipo y la colaboración ha sido muy bueno y eficaz, seguimos trabajando bien y con motivación.
Estamos intentando motivar al personal de la unidad, han empezado a involucrarse, pero hay que trabajar más con ellos e insistir.
Estamos teniendo muchas dificultades en la relación con atención primaria, a pesar de que las 2 coordinadoras del sector estaban implicadas en el proyecto y les pareció muy buena idea, nos costó mucho reunirnos con las coordinadoras de cada centro de salud en una reunión general con tod@s en las que se explicó el proyecto. Cuando hemos empezado a captar pacientes, les enviamos correos electrónicos y por ahora de 5 correos sólo ha contestado un centro de salud, el canal imperial, por el momento tampoco ha coincidido que haya pacientes de los centros de salud en los que hay consulta monográfica o están más motivados, esto creemos que nos va a dificultar también el seguimiento de los pacientes, pero se verá mejor a final de proyecto.
A pesar de no recibir contestación de los centros de salud, enviamos al paciente con el informe de continuidad de cuidados para que coja cita con su médico de familia y se lo entregue para que este empiece la DT.
Hemos decidido hacer un consentimiento informado para el seguimiento de los pacientes así tenemos también la posibilidad si el paciente acepta de contactarlos telefónicamente.
Nos hemos dado cuenta de que el proyecto necesita más de un año para su implementación y para obtener resultados.
Por el momento el mes de enero muestra que sí que hay un porcentaje de pacientes que quieren dejar de fumar, más de los esperado en el paciente respiratorio lo que nos lleva a creer que, merece la pena seguir intentando que el proyecto se implante y siga adelante.
En cuanto a la sostenibilidad y replicación es muy pronto para verlo tendremos que esperar a final del 2020 para ver como evoluciona, si se implica el personal de la unidad de respiratorio del HUMS y si conseguimos que se involucre más AP teniendo una continuidad de la especializada a la primaria.

7. OBSERVACIONES.
Nuestro proyecto se ha alargado va a necesitar de otro año más por eso hemos hecho memoria de seguimiento, lo meteremeos de nuevo en el contrato de gestión de este año,necesitariamos saber si tenemos que presentarlo como proyecto del 2020 o no hace falta .Gracias

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

Nº de registro: 0814

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir captar a pactes ingresados con algo de motivación para dejar de fumar y que exista una continuidadde cuidados en el proceso de deshabituaciona traves de un buen circuito con atencion primaria.Que los pactes se

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

1. TÍTULO

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

sientas apoyados en su proceso de deshabituacion al ser dados de alta.

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0856

1. TÍTULO

MONITORIZACION DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SARA GOMARA DE LA CAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO
FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA
GALLEGO CARRION BEGOÑA
GALLEGO BERMEJO CARMEN
DE DIEGO RAMOS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
--------Se han seleccionado todos los casos de TEP 1º episodio ingresados a cargo del servicio de neumología desde junio de 2019 hasta noviembre de 2019 (6 meses). Inicialmente se seleccionarían los casos una vez aprobado el protocolo sobre manejo de TEP que se ha creado en el servicio de Neumología, pero dado el retraso en este trámite (fue aprobado por la comisión en octubre de 2019) se comenzó antes del verano con la recogida de datos.
----------Todos los pacientes fueron analizados desde su llegada a urgencias: constantes, pruebas realizadas en urgencias y en planta, servicio de ingreso, tratamiento recibido y manejo al alta, así como establecimiento de escalas de riesgo en la urgencia.
----------Se realizaba una ficha para cada paciente donde constaban todos estos datos, anonimizados.
----------El protocolo fue puesto en conocimiento de todos los facultativos, haciendo hincapié en la estratificación de riesgo en aquellos que hacen guardias, ya que generalmente son los primeros en atender a los pacientes en su llegada a la urgencia y los que toman decisiones acerca de los tratamientos más adecuados.
---------No se ha elaborado ningún material específico, si no la aplicación del protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han analizado un total de 69 pacientes, comprendidos entre junio y noviembre de 2019. Se compara con los totales de ingresos de 2014 que fueron 133 y los de 2004, 53; por lo tanto se observa un aumento en el diagnóstico de dicha patología.
Se ha observado que los últimos 3 meses, en los informes de ingreso constaba ya las escalas pronósticas en mayor porcentaje que al principio de la recogida de los datos, pero en menor proporción que lo esperado. También se ha observado, que cuando los pacientes no eran valorados por Neumología se procedían a los ingresos con falta de algunos perfiles analíticos importantes en la estratificación de riesgo; y por lo tanto, con una inadecuada clasificación se empezaban tratamientos no específicos.
Respecto a la posibilidad de altas precoces, en estos últimos 6 meses solo se han cuantificado dos casos. Por lo tanto, tampoco se ha establecido un registro de eventos adversos de anticoagulación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Realmente, los resultados obtenidos no han sido todo lo satisfactorios que esperábamos, ya que a pesar de haber un protocolo establecido en algunos casos se pedían más pruebas de las necesarias y en otros, faltaban datos que nos hubieran ahorrado pruebas posteriores. Esto ha servido para realizar una sesión en el servicio y recordar la necesidad de seguir el protocolo establecido.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/856 ========== ***

Nº de registro: 0856

Título
MONITORIZACION DEL PROCESO DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores:
GOMARA DE LA CAL SARA, DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO, ROYO MARTIN LAURA, GALLEGO CARRION BEGOÑA, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, BELLO DRONDA SALVADOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0856

1. TÍTULO

MONITORIZACION DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

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
Durante el año 2017 hubo un total de 112 altas de tromboembolismo pulmonar (TEP) (incidencia 29.4/100000 habitante/año en nuestro sector) con una mortalidad del 6.25% en nuestro centro. El TEP es una enfermedad cada vez más frecuente y que genera un alto consumo de recursos, tanto en su diagnóstico como en el tratamiento y seguimiento. Se ha comprobado la variabilidad en su manejo, generando en muchas ocasiones la realización de pruebas innecesarias con el retraso y coste económico que esto supone. De ahí la necesidad de implantar un protocolo que ayude a dirigir el manejo de estos pacientes y seleccionar las pruebas y tratamientos específicos de cada caso.

RESULTADOS ESPERADOS
.- Actualizar y uniformizar el manejo del TEP optimizando el uso de recursos y disminuyendo la variabilidad en la atención a los pacientes.
.-Valoración temprana por Neumología de los diagnósticos confirmados de TEP y/o sospecha clínica.
.-Solicitud dirigida de pruebas complementarias destinadas a la filiación y clasificación estricta del TEP, de acuerdo a escalas de riesgo.
.-Tratamiento según protocolo y escalas de riesgo.
.- Planificar el seguimiento al alta y controles posteriores

Dirigido a pacientes mayores de 18 años procedentes de urgencias, neumología o cualquier otro servicio del hospital con sospecha o confirmación de TEP agudo.

MÉTODO
Una vez aprobado el protocolo y publicado en la web del hospital, se valorarán por parte de Neumología todos los TEP y/o sospecha clínica en caso de ser necesario, procedentes de cualquier servicio del hospital.
Se monitorizará la implementación del protocolo de TEP y la participación de los Servicios implicados en el mismo
Se monitorizará el enfoque según riesgo del TEP riesgo de dicha patología y la realización de las pruebas y el tratamiento específico de cada caso.
Se pretende identificar la posibilidad de en determinadas ocasiones con riesgos bajos plantear un alta precoz incluso con seguimiento en hospital de día de Neumología. Se iniciará un registro de eventos adversos relacionados con el tratamiento anticoagulante.

INDICADORES
.-Altas con diagnóstico de TEP (desde cualquier servicio): año 2019 vs. anteriores
.-Estancia media: año 2019 vs. anteriores
.-Aplicación de escalas de estratificación de riesgo/ solicitud de pruebas complementarias/ingreso en UCI/tratamiento con fibrinólisis: año 2019 vs. anteriores
.-Altas precoces desde Neumología: año 2019-03-13

Se utilizarán para la valoración de años anteriores las altas conocidas desde el servicio de Archivos y documentación clínica. Para el año 2019 se realizará desde el servicio de Neumología un “check list” en cada paciente con diagnóstico de TEP donde constarán todos los datos a valorar.

DURACIÓN
Se compararán los resultados obtenidos en los 6 primeros meses desde la aprobación del protocolo (actualmente en trámite). Se espera que tras el verano se evalúe este primer periodo. Después, se hará un análisis comparativo respecto a los años anteriores (2017 y 2018). Una vez se tengan los resultados se modificarán aspectos negativos que hayan podido surgir.
Se pretende mantener dicho protocolo a largo plazo, como oferta del servicio de Neumología.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0856

1. TÍTULO

MONITORIZACION DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

```
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 - 2019/1054

1. TÍTULO

ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA MARTIN PALLAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION
PLOU GONZALEZ JANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar aclarar que aquellos pacientes que se encontraron en una situación de aislamiento de cualquier tipo dispusieron de la misma educación a través de la enseñanza individualizada en su correspondiente habitación del hospital.
USO DE INHALADORES: se llevaron a cabo diversos talleres para iniciar y/o mejorar el conocimiento y la práctica acerca del uso correcto de los distintos tipos de inhaladores. Para ello se utilizó dispositivos placebo, videos explicativos y recursos didácticos, haciendo sobre todo hincapié en el manejo añadido de cámaras espaciadoras especialmente en aquellos pacientes que tuviesen alguna dificultad a la hora de coordinar la pulsación con la inhalación.
ALIMENTACION SANA Y EQUILIBRADA: se les dieron unas pautas y material de apoyo sobre alimentación saludable (pirámide alimenticia, decálogo de dieta mediterránea…) para su estado basal, teniendo en cuenta diversos factores como por ejemplo: las kilocalorías que precisan según la fórmula de Harris-Benedict: [Mujer= 655 + (9,6 * Peso en Kg) + (1,8 * Estatura en cm) – (4,7 * Edad en años)] y [Hombre= 66 + (13,7 * P) + (5 * A) – (6,8 * E)], su grado de disnea a la hora de alimentarse según la escala de valoración de Borg, la posibilidad de encontrarse en tratamiento con algún anticoagulante vía oral que pudiese interaccionar con según qué alimentos afectando a la efectividad del mismo…
Como dificultad de cara al alta y del seguimiento óptimo de las pautas asignadas, existen diversos pacientes que viven solos o que no son del todo autónomos para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y por tanto tienen menos posibilidades de llevar a cabo una compra rutinaria de los productos indicados en la dieta acordada.
Por otra parte, existen pacientes que requieren ampliar su dieta a través de un aporte extra alimentario a base de proteínas presentadas en diferentes formatos, véase, batidos, cremas… uno de ellos es empleado especialmente en el hospital de forma puntual y es el Pulmocare ®. Este suplemento nutricional es el resultado de una combinación entre un alto contenido en lípidos y una baja cantidad de hidratos de carbono. Su administración es a través de la vía oral o por sonda de alimentación y siempre según la pauta médica recomendada. Dicho producto está ideado para reducir en gran medida la producción de dióxido de carbono del organismo del paciente y disminuir su cociente de tipo respiratorio observado como resultado de esta enfermedad pulmonar obstructiva crónica como es la EPOC.
EJERCICIO: para este apartado, se seleccionaron los pacientes diana a través de la valoración de su grado de disnea según la actividad que pudieran llegar a realizar sin aparecer signos de ella, mediante la escala de disnea modificada del MRC (Medical Research Council)
A continuación, a los pacientes que quisieran se les animó a que se apuntaran a los diversos paseos que se llevaron a cabo durante el periodo de este proyecto. Se realizaron en varias fechas y horarios para ampliar la disponibilidad de asistencia de los pacientes interesados y se usaron dos recorridos ya organizados disponibles en la página web oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR):

• Puente Av. de América - Parque Grande José Antonio Labordeta.
- Distancia total del paseo: 2.840 metros.
- Nivel de dificultad: moderada, apto para pacientes con EPOC moderado (con posible suplencia de oxígeno).
- Desnivel del recorrido: recorrido llano excepto una pendiente al salir del Parque Grande.
- Tipo de recorrido: circular.
- Terreno por el que transcurre: superficie llana en perfecto estado (aceras y asfalto).
- Cómo llegar: autobuses urbanos nº 31, 33, 34, 39 y 42.
- Paisaje/entorno del paseo: el primer y último tramo transcurre paralelo al Canal Imperial de Aragón, con abundantes árboles y bancos. En el tramo del Parque Grande José Antonio Labordeta tiene igualmente abundante sombra, bancos y alguna fuente.
- Servicios:
o Baños: no hay baños públicos, pero se pueden utilizar los de las cafeterías cercanas.
o Bares y cafeterías: multitud de cafeterías cercanas en todo el recorrido.
o Fuentes: en el Parque Grande.

• Puente de la Almozara – Pasarela del Voluntariado.
- Distancia total del paseo: 2.000 metros.
- Nivel de dificultad: moderada, apto para pacientes con EPOC moderado (con posible suplencia de oxígeno).
- Desnivel del recorrido: recorrido completamente llano.
- Tipo de recorrido: circular.
- Terreno por el que transcurre: superficie en perfecto estado (alquitrán, cemento, enlosado urbano …).
- Cómo llegar: autobuses urbanos de Zaragoza líneas 23, 34, 36 y 42.
- Paisaje/entorno del paseo: en todo el recorrido hay abundante sombra, así como bancos y fuentes. También se dispone de diversos establecimientos hosteleros (bares, quioscos …).
- Servicios:
o Baños: No hay baños públicos. Se pueden utilizar los de los hoteles cercanos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1054

1. TÍTULO

ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA

o Bares y cafeterías: Hay varios establecimientos hoteleros durante el recorrido donde recargar los equipos.
o Fuentes: Hay diversas fuentes a lo largo del recorrido.

RECOMENDACIONES A LA HORA DE REALIZAR LOS PASEOS SALUDABLES

- Consultar la previsión meteorológica que se prevé para el día en cuestión.
- Evitar las horas de máximas y mínimas temperaturas.
- Extremar la precaución los días de niebla y de calor intenso.
- Llevar ropa y calzado adecuados a la actividad que le protejan del viento, del frío y del calor.
- Llevar agua para hidratarse y crema para el sol.
- Consultar el horario y adaptarlo a su ritmo y al número de paradas que quiera realizar.
- Llevar el teléfono móvil siempre consigo.

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA: para los pacientes en cuestión se les solicitó una hoja de interconsulta dirigida al profesional sanitario encargado de la fisioterapia respiratoria. Junto a este profesional los pacientes aprendieron los ejercicios y las técnicas respiratorias más adecuadas para cada situación en concreto y además estos ejercicios fueron enfocados también a sus diversas patologías asociadas.
Algunos de los ejercicios llevados a cabo fueron la respiración abdominodiafragmática, la respiración costal alta y baja, el ejercicio de las extremidades inferiores, el uso del inspirómetro de incentivo, aprender a controlar la respiración, ya que presentan un patrón obstructivo donde no tienen problema en coger el aire pero sí en expulsarlo.
Ha sido de vital importancia el seguimiento de estos pacientes por dicho profesional, debido a los consejos aportados tan útiles sobre todo cuando se encuentran en una situación de intensa fatiga en su día a día, ya que pueden llegar a solventarla con los ejercicios aprendidos.
SIGNOS DE ALARMA: también se les ofreció consejos y pautas acerca de cómo reconocer en su cuerpo la aparición de los posibles signos y síntomas de alarma que les pueden llegar a surgir en el transcurso de su vida diaria. Éstos deben de ser fáciles de reconocer tanto por parte del paciente como por parte de sus familiares y/o cuidadores. Estos signos y síntomas de alarma serían, por ejemplo, aparecer una disnea de mínimos esfuerzos que no cede con el reposo, sentir palpitaciones, observar la aparición de cianosis en los dedos de las manos y los labios, sufrir mareos, sentir una pérdida de la estabilidad, presentar una somnolencia excesiva...
Además, se les aconsejó la posibilidad de la administración de las vacunas antigripal y/o antineumocócica, ya que se tratan de personas con un alto riesgo de padecer dichas patologías si no se les inmuniza de una manera preventiva.
DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: uno de los objetivos a lograr más difíciles que se ha observado en este periodo de tiempo, es el de la deshabituación tabáquica. Es cierto que la gran mayoría de dichos pacientes son exfumadores desde hace más de 20 años, pero todavía existe un número importante de fumadores en la actualidad sin ninguna intención de cambio a la hora de eliminar por completo este hábito tan perjudicial para la salud.
A aquellos pacientes fumadores con diagnóstico de EPOC, se les realizó los siguientes test o escalas de valoración tabáquica: el Test de Richmond para la motivación de la deshabituación tabáquica y el Test de Fagerström de dependencia a la nicotina.
Tras dar más información a los pacientes mínimamente interesados acerca de cómo poder ayudar a dejar la habituación tabáquica, un bajo porcentaje de ellos ha entrado en el período de Contemplación, quedando el resto ni siquiera en el de Precontemplación de las fases del modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente.
Actualmente, se está llevando a cabo en el servicio de neumología un proyecto en referencia a la Deshabituación tabáquica, donde aquellos pacientes que están en la etapa de Contemplación o aquellos nuevos ingresos que comuniquen que desean dejar de fumar se les incluye en dicho proyecto.
ENCUESTA DE SATISFACCION PARA LA SALUD AL ALTA: se modificó la encuesta de satisfacción para la salud al alta por una escala validada internacionalmente. Dicha escala se denomina CAT (COPD Assesment Test) y ha demostrado que es capaz de detectar cambios en el estado subjetivo de salud de los pacientes en relación con las exacerbaciones y su recuperación o durante la aplicación de tratamientos rehabilitadores respiratorios. De las 8 dimensiones que valora el CAT, 4 son síntomas relativos a la disnea, la tos y la expectoración, y el resto se refieren a limitaciones para las actividades de la vida diaria y sobre el sueño.
Por otro lado, las puntuaciones de cada apartado se gradúan entre 0 (nunca toso) y 5 puntos (siempre estoy tosiendo). La suma obtiene una puntuación total que puede ir desde 0 (mejor percepción de la calidad de vida) hasta 40 puntos (peor percepción de la calidad de vida). Se han sugerido una serie de escenarios de impacto de la EPOC sobre la calidad de vida de los enfermos atendiendo a la puntuación total obtenida en el CAT:

- Bajo impacto (1-10 puntos): la mayoría de los días son «días buenos», pero la EPOC es la causa de alguna de sus limitaciones.
- Impacto medio (11-20 puntos): existen pocos «días buenos» en una semana y la EPOC es uno de los principales problemas del paciente.
- Impacto alto (21-30 puntos): no hay «días buenos» en una semana media normal y la EPOC es el problema más importante.
- Impacto muy alto (31-40 puntos): la limitación que produce la enfermedad es máxima.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados a través del desarrollo de este proyecto han sido valorados positivamente. Como se puede observar en los distintos indicadores expuestos a continuación, existe un cierto número de reingresos hospitalarios de estos pacientes. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estamos tratando con una patología de tipo crónica y que en la mayoría de los casos evolucionará hacia un peor estado de la enfermedad, por tanto, esta situación implicará de nuevo un tratamiento inmediato en el medio hospitalario.
Se ha de reconocer que resulta bastante complicado obtener de una forma fiable y exacta de todas las cifras acerca de los ingresos de los múltiples pacientes diagnosticados de EPOC. Por este motivo, con la intención de mostrar una mayor fiabilidad en los datos recogidos y a la vez demostrar que coinciden en gran medida con los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1054

1. TÍTULO

ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA

datos obtenidos por el equipo sanitario en cuestión, hemos contado con la ayuda técnica de la Administración. En ésta se lleva a cabo un registro diario acerca de todos los ingresos hospitalarios, ordenados según los distintos tipos de diagnósticos de enfermedades.
El número de ingresos a cargo del Servicio de Neumología en el periodo del 1/6/2019 al 31/12/2019 han sido los siguientes:

Pacientes programados: 240
Pacientes trasladados: 8
Pacientes ingresados desde urgencias: 730
Pacientes procedentes de consultas externas: 8

Pacientes totales ingresados: 986. De estos, mediante los códigos de EPOC en la CIE-10: J44.0 (EPOC con infección aguda), J44.1 (EPOC con exacerbación aguda), J44.9 (EPOC no especificada), se han contabilizado 131 pacientes.
Una vez teniendo estos datos, los indicadores utilizados en este caso han sido los siguientes que se muestran a continuación:
Indicadores cuantitativos:

Nº de ingresos EPOC/ Total ingresos por diversas patologías: 131/986= 0.133
Nº de Reingresos EPOC/ Total de ingresos EPOC: 30/131= 0.229
Nº de pacientes EPOC reingresados/Total pacientes con EPOC ingresados: 13/114= 0.114
Media de días de estancia hospitalaria: 6 días
Media de días de estancia de pacientes con un solo ingreso: 7 días
Media de días de estancia de pacientes reingresados: 5 días
Nº fumadores EPOC/ Nº no fumadores EPOC: 44/114= 0.386

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De forma general la educación para la salud al paciente con EPOC se puede realizar en pequeños periodos durante los días de ingreso, adecuando la información a cada tipo de paciente de forma personalizada. Se les da herramientas con las que pueden trabajar (dispositivos placebo, ejercicios de fisioterapia respiratoria, inspirómetros de incentivo, consejos para reconocer los signos de alarma…) y siempre se les da la oportunidad de poder contactar con el equipo en el caso de que quieran iniciar su deshabituación tabáquica y dejen ya de estar ingresados.
A pesar de que los datos recogidos son durante 6 meses, se podrían extrapolar al resto del año ya que se recogen datos en verano-otoño y parte del invierno que serían comparables al periodo de invierno-primavera ya que se trata de pacientes crónicos que cada un periodo mayor o menor de tiempo vuelven a ingresar.
De los indicadores que queríamos medir, se observa que existe un 23% de reingresos EPOC, y que un 11,4% de los pacientes reingresa (13 pacientes de los 114). Esta cifra de reingresos varía de dos, hasta el mayor con cinco reingresos.
La estancia media fueron de 6 días, 5 en el caso de los reingresos y de 7 en el caso de ingreso único. Un dato a tener en cuenta, es que muchos de los pacientes que tienen de diagnóstico de base EPOC se pierden por el camino ya que se codifican con la patología principal que ha sido su motivo de ingreso, véase: neumonía, gripe, infección respiratoria, insuficiencia respiratoria parcial/global/aguda, hemoptisis, tromboembolismo pulmonar, asma, neoplasia a estudio…, por ello se considera que la cifra de los pacientes con EPOC es mayor a 131.
Por otra parte, se recalca la dificultad de recoger el nº de fumadores frente a los no fumadores ya que existen periodos de tiempo (especialmente en verano por la variación de los profesionales sanitarios contratados en este periodo de tiempo) donde ha sido más dificultoso recoger toda la información necesaria para el proyecto.
Uno de los objetivos específicos era la Deshabituación tabáquica; al tener un equipo específico del servicio de neumología que está trabajando en ello, el 39% de los pacientes fueron derivados a tal equipo. Muchos de ellos preguntaron por los nuevos fármacos incluidos en la seguridad social que se podrán prescribir para ello: vareniclina y bupropion.
Se explica a los pacientes que si desean utilizar de forma habitual medios como Internet, existen páginas oficiales dirigidas a la enseñanza del manejo de la EPOC, sus síntomas y tratamientos; como son SOCAMPAR, SEPAR y SADAR en Aragón. Además de Internet, si precisan ayuda in situ, por ejemplo con el manejo de los inhaladores, el personal farmacéutico también les puede brindar su colaboración.
Respecto a la Encuesta del CAT los resultados fueron en su mayoría entre 15 y 25 puntos, es decir, entre un impacto medio (11-20 puntos): existen pocos «días buenos» en una semana y la EPOC es uno de los principales problemas del paciente e impacto alto (21-30 puntos): no hay «días buenos» en una semana media normal y la EPOC es el problema más importante.

Como conclusión final se considera que la EPOC puede verse mejorada en el día a día con una correcta educación aportada tanto en el hospital, como en la atención primaria, además de contar con la voluntad del paciente ya que sin ella no puede apreciarse un cambio.
Es necesario ser realistas ya que existen comorbilidades con la EPOC pero que a pesar de ello, con una adecuada educación para la salud, mejora su vida diaria. Por todo esto, se ha de trabajar incluyendo consultas monográficas para el seguimiento de estos pacientes por parte de enfermería y de este modo poder ir disminuyendo esos signos de alarma que hacen que muchos de ellos vuelvan a ingresar.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1054

1. TÍTULO

ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1054 ========== ***

Nº de registro: 1054

Título
ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA

Autores:
MARTIN PALLAS CRISTINA, GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION, PLOU GONZALEZ JANA, FRANCO GALERA MERCEDES, QUIJADA GARCIA LAURA MARIA, PRADO MONGE CARLOS, GARRE APARICIO EVA LUISA, MARTIN SERRANO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: epoc
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Tras haber observado a lo largo del tiempo a pacientes con EPOC que vuelven a ingresar en planta en cortos períodos de tiempo, se plantea la necesidad de crear este proyecto.
La mejora en la calidad de vida de los pacientes con EPOC podría aumentar considerablemente partiendo de la base de una buena educación sanitaria.

Este tipo de pacientes tiene problemas comunes, principalmente los que están en tratamiento con inhaladores ya que no siempre realizan de forma adecuada la técnica, por lo que la medicación no es administrada correctamente y por tanto no es lo eficaz que debería ser. Así mismo, se deben adoptar medidas específicas para mejorar sus hábitos de vida, enfocándolos hacia un modelo más saludable y equilibrado.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL:
- Reducir el número de ingresos de los pacientes con EPOC educándolos hacia un estilo de vida saludable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
- Enseñar el uso de los diferentes tipos de inhaladores.
- Fomentar una alimentación sana y equilibrada.
- Motivarles para que realicen ejercicios adaptados a sus capacidades y habilidades.
- Enseñar a detectar una crisis y saber qué hacer.
- Tratar de eliminar o reducir el hábito tabáquico.

MÉTODO
- Taller de inhaladores (método correcto de uso y la importancia del enjuague bucal post-utilización).
- Charlas de vida saludable: dieta, actividad física (paseos saludables, ejercicios respiratorios) y descanso.
- Deshabituación tabáquica.

INDICADORES
Indicadores cuantitativos:
- Nº de Reingresos EPOC/ Total de ingresos EPOC.
- Nº de ingresos EPOC/ Total ingresos por diversas patologías.
- Nº fumadores EPOC/ Nº no fumadores EPOC.

Indicador cualitativo:
- Encuesta de satisfacción tras educación para la salud al alta.

DURACIÓN
12 meses para implementarlo.fecha prevista inicio Junio 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1054

1. TÍTULO

ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA

```
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 - 2019/1509

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS PACIENTES DE EPILEPSIA. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS Y DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA

Fecha de entrada: 01/03/2020

2. RESPONSABLE ..... JESUS MOLES HERBERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO PELLEJERO JUAN
BARRERA ROJAS MIGUEL
AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA
ORDUNA MARTINEZ JAVIER
SOLA BERNAL SARA
NAVARRO INUÑEZ MARIA LUZ
GONZALEZ MARTINEZ LUIS MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado reuniones bimensuales para la puesta en común de dos consentimientos informados. Se ha pasado uno de los consentimientos por la U. de Calidad, estando pendiente el otro.
Se han realizado dípticos informativos sobre los estimulados del N. vago para dar información adicional tanto a la familia como al paciente.
Se ha elaborado un checklist y una encuesta de satisfacción para controlar la entrega de los consentimientos, los dípticos y la opinión de los usuarios.

Se habían planteado 6 meses de duración (empezando en julio) para la realización de los consentimientos y 2 meses para la realización del checklist y las encuestas, por lo tanto, se han cumplido con los plazos establecidos..

No se ha empleado ningún recurso para la realización del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han cumplimentado los objetivos planteados hasta ahora, la elaboración de todo el material (tanto consentimientos, como material informativo y sistemas de evaluación).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Falta iniciar la entrega a pacientes y familiares y evaluar los resultados en cuanto a satisfacción del usuario

7. OBSERVACIONES.

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 24/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ENVÍO DE UNA NOTA INFORMATIVA A LOS DIFERENTES SERVICIOS IMPLICADOS INDICANDO LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO Y DE LA NECESIDAD DE RELLENAR UN CUESTIONARIO DE SUEÑO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LOS PACIENTES.
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE REGISTRO.
ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ESTUDIO, YA DISPONIBLE EN LA INTRANET (Z2-120-19).
SESIÓN FORMATIVA AL PERSONAL DE ENFEMERÍA PARA EL MANEJO DEL EQUIPO Y SUS COMPONENTE.
REORGANIZACIÓN DEL HORARIO DEL PERSONAL IMPLICADO PARA SU ADAPTACIÓN A LAS NUEVAS NECESIDADES SURGIDAS DE LA PUESTA EN MARCHA DE ESTOS ESTUDIOS.
PUESTA EN MARCHA DE LOS PRIMEROS ESTUDIOS DOMICILIARIOS A LO LARGO DEL AÑO 2019.
ANÁLISIS DE DICHOS ESTUDIOS Y ELABORACIÓN DE LOS CORRESPONDIENTES INFORMES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HAN REALIZADO 29 EXPLORACIONES A LO LARGO DEL AÑO 2019 SEGÚN LA INFORMACIÓN REMITIDA POR EL SERVICIO DE CONTROL DE GESTIÓN. DE ELLOS, SE HAN TENIDO QUE REPETIR ÚNICAMENTE 4 (INFORMACIÓN OBTENIDA DE LA SECRETARÍA DEL SERVICIO).
TODOS ELLOS POR PROBLEMAS TÉCNICOS, EN NINGÚN CASO POR DUDAS DIAGNÓSTICAS TRAS LA REALIZACIÓN DE LA PSG DOMICILIARIA (ESTÁNDAR 30% SEGÚN LAS PREVISIONES ENVIADAS EN EL PROYECTO DE GESTIÓN).
EN EL 90% DE LAS PETICIONES DEL SERVICIO CONSTABA EL CUESTIONARIO DE SUEÑO PARA ESTABLECER LA PROBABILIDAD PREPRUEBA SEGÚN DATOS OBTENIDO DE LA SECRETARÍA DEL SERVICIO (ESTÁNDAR 100% EN LAS PREVISIONES DEL PROYECTO DE GESTIÓN).
UNO DE LOS INDICADORES DEL PROYECTO DE GESTIÓN ES EL PORCENTAJE DE PACIENTES CON ALTA PROBABILIDAD PREPRUEBA A LOS QUE SE LE REALIZÓ UN PSG DOMICILIARIO. DADO QUE HASTA OCTUBRE NO SE PUDIERON EMPEZAR A REALIZAR LAS EXPLORACIONES NO HEMOS ANALIZADO ESTE DATO AL CONSIDERARLO MUY POCO REPRESENTATIVO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
TRAS UN INICIO DIFICULTOSO POR DIFERENTES PROBLEMAS CON LOS EQUIPOS, FINALMENTE EN OCTUBRE DEL AÑO 2019 SE PUSIERON EN MARCHA LOS ESTUDIOS DE PSG DOMICILIARIO. A PESAR DE QUE EL NÚMERO DE EXPLORACIONES REALIZADAS NO HA SIDO MUY IMPORTANTE, YA SE HA NOTADO UN PEQUEÑO IMPACTO EN LA DEMORA DE LOS PACIENTES EN ESPERA DE LA PRUEBA. CONSIDERAMOS QUE PARA ESTE AÑO 2020 EL IMPACTO SERÁ TODAVÍA MAYOR.
EL PROYECTO HA TENIDO UNA GRAN ACEPTACIÓN ENTRE EL RESTO DE FACULTATIVOS TAL Y COMO DEMUESTRA EL ALTO ÍNDICE DE CUESTIONARIOS RELLENADOS. ESTE CUESTIONARIO ES IMPRESCINDIBLE PARA SELECCIONAR A LOS PACIENTES A LOS QUE SE REALIZARÁ LA PSG DOMICILIARIA; SIN ÉL, ESTE PROYECTO SERÍA INVIABLE.
PARA ESTE AÑO 2020 TENEMOS PENDIENTE VALORAR EL NÚMERO DE PACIENTES CON ALTA PROBABILIDAD DE PADECER UN SAHS A LOS QUE REALMENTE LE REALIZAMOS LA EXPLORACIÓN DOMICILIARIA. Y, POR SUPUESTO, AUMENTAR EL NÚMERO DE EXPLORACIONES REALIZADAS Y CON ELLO CONSEGUIR UNA MEJORA EN EL TIEMPO QUE ESPERAN LOS PACIENTES PARA REALIZARSE LA PRUEBA, MEJORANDO ASÍ LA ASISTENCIA PRESTADA POR NUESTRO SERVICIO.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0663

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

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

1. TÍTULO

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

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

*** ========================================================================================== ***
```

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

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACIÓN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Establecimiento de los objetivos del Servicio y de los indicadores necesarios para monitorizarlos. Definir y revisar el Plan de Riesgos del Servicio y establecer los planes de contingencia para cada riesgo detectado. Apertura de nuevas No conformidades, así como revisión de las existentes, cerrando aquellas que han quedado resueltas. Todo ello con el fin de lograr una mejora continua.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Superación satisfactoria de la Auditoría Interna realizada en Marzo de 2019 así como de la Auditoría Externa realizada en Mayo de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La gestión del Servicio de Neurofisiología Clínica con la norma ISO 9001:2015 obliga a una mejora continua detectando en tre todos los miembros del Servicio las posibles debilidades y riesgos. El análisis de ellos hace posible la creación de los planes de contingencia actualizados y adecuados a las necesidades detectadas.

7. OBSERVACIONES.
Se realiza la memoria como de Seguimiento al considerar que este sistema ISO seguirá vigente en el Servicio de Neurofisiología Clínica.

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

Nº de registro: 0820

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

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

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

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACIÓN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

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

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 21/02/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN MARTINEZ JESUS
CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS
SERRANO PONZ MARTA
LAMBEA GIL ALVARO
EXPOSITO SANCHEZ CARMEN
VILLAR TURON RAQUEL
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2019.

2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación

3- Revisión trimestral de logros y problemas

4- Introducción de los cambios necesarios

5- Continuar las reuniones periódicas programadas del Grupo impulsor de la ISO del Servicio

6- Revisar y mejorar el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ha habido problemas para alcanzar alguno de los objetivos e indicadores previstos: de los 3 objetivos marcados se han cumplido los pasos para la acreditación europea de la Unidad de Ictus (auditoría interna positiva, pendientes de la resolución de la Audtoria externa). Respecto al objetivo de Mejorar las demoras en los centros de especialidades, mediante la aplicación de técnicas de Lean, ya se tenía previsto que continuaría en años sucesivos. En lo que respecta a las actividades de este año, se han identificado 2 procesos fundamentales por su impacto en salud y prevalencia: cefaleas y deterioro cognitivo, se ha formado el grupo de trabajo de cefaleas (Dirección de AP, SubDirección médica HUMS, FEA de AP y Neurología), se han normalizado los criterios de derivación A Primaria-A Especializada y se ha normalizado la información en IC virtual y se ha realizado ya un análisis de índice de resolución por FEA de Neurología, y se continúan con las acciones previstas. En relación al último objetivo, la reacredittación de la Unidad de Esclerosis Múltiple por parte de la Sociedad Española de Neurología (SEN), se ha paralizado por estar en revisión los criterios exigidos por la SEN y no disponer de fondos actuales para el apgo del coste (3000 euros). Se mantiene la Unidad de Esclerosis Múltiple como CSUR del Sistema Nacional de Salud. Respecto a los indicadores hay un cumplimiento general de los disponibles excepto en estancia media del Servicio (actualmente 7,3 en lugarde <7 días, debido al cambio de ingresos de hospital de semana a hospital de día (que no se contabiliza como actividad de ingresados y antes sí).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El mantenimiento del sistema de gestión de la calidad mediante la certificación ISO lo consideramos una pieza fundamental para la correcta realización de nuestar labor profesional. Nos obliga y ayuda a analizar la situación, planificar objetvos, diseñar acciones, medir resultados y reflexionar constantemente sobre lo que estamos haciendo, modificando nuestros planes y acciones en función de cómo evolucionan los resultados e incidencias que surgen. Los miembros del Servico conocen y participan activamente en las propuestas que se plantean e introducen. El análisis de incidencias y no conformidades se realiza conjuntamente con enfermería a través del grupo impulsor de la ISO lo que mejora la interrelación entre ambos colectivos. Las evaluaciones externas ayudan también a justificar puntualmente esfuerzos extra para cumplir con nuestros objetivos previstos.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0709

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

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

1. TÍTULO

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

9001:2015

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

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

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

MÉTODO
- Mantenimiento de la Certificación ISO 9001:2015
GENERALES
1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2019.
2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
3- Revisión trimestral de logros y problemas
4- Introducción de los cambios necesarios
ESPECÍFICAS
1.Continuar las reuniones periódicas programadas del Grupo impulsor de la ISO del Servicio
2. Revisar y mejorar el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0771

1. TÍTULO

ADAPTACION DEL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Fecha de entrada: 25/02/2020

2. RESPONSABLE ..... ALVARO LAMBEA GIL
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TEJADA MEZA HERBERT
LANZAN TAPIA EVA
SAGARRA MUR DANIEL
SERRANO PONZ MARTA
MODREGO PARDO PEDRO
MARRON TUNDIDOR RAFAEL
MARTA MORENO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente se hizo una revisión bibliográfica de los datos útiles en práctica clínica de cada uno de los procedimientos realizados en el laboratorio de neurosonología. Se recogieron los datos que se consideraban de utilidad y se compararon con las plantillas utilizadas hasta la fecha en HP Doctor.

Hasta antes del proyecto, sólo se disponía de una plantilla para Ecodoppler de troncos supraaórticos (EDTSA) y otra para Ecodoppler transcraneal (DTC). Se analizó su estructura y posibilidades de mejora: las plantillas de HP Doctor disponían de mucho texto libre, que es menos intuitivo para hacer recordar al profesional datos importantes que han de aparecer en el informe final; y hace más difícil de extraer información de forma automática.

Con todo ello se crearon nuevos formularios para su adaptación a Historia Clínica Electrónica (HCE): EDTSA, DTC, test de burbujas, test de reserva hemodinámica y control de pacientes con drepanocitosis. Estos 5 formularios incluyen >90% de toda la actividad realizada en el laboratorio de neurosonología. Otras técnicas realizadas no se realizan de forma programada y no son parte de la Sección de Neurovascular, por lo que no vimos la utilidad de homogeneizar dichos informes.

Estos nuevos formularios se revisaron por tres integrantes del plan (A Lambea, H Tejada y J Marta) y se realizó una primera versión en HCE.

Problemas a destacar:
Entre la primera versión y la cumplimentación de las nuevas plantillas hubo más demora de la prevista al tener que adaptar los tiempos de los profesionales que realizan los estudios neurosonologícos con los informáticos del SALUD que se encargan de subsanar errores. Esto ha dificultado cumplimentar los objetivos 2-4, como se indicó en el informe de seguimiento. No obstante, el feed-back con los profesionales tras las primeras versiones nos ha permitido hacer más amigable el formulario final y prescindir de datos con menos relevancia clínica, que desanimaban a los neurólogos a usar la nueva plantilla (comparado con la versión de HP Doctor hay muchas más posibilidades de describir los hallazgos).

Además, hemos conseguido que estas plantillas pasen a estar disponibles a todos los Servicios/Secciones de Neurología de Aragón, habiendo recibido propuestas de mejora de diferentes centros. Tras una nueva reunión en el SALUD tras los registros de diferentes centros, hemos podido cerrar los formularios definitivos en febrero de 2020, quedando ya solo la fase de registro y experiencias finales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivo 1: Cumplido al 100%.

Objetivos 2: No se llega al estándar del 80% en el HUMS, otros centros como Calatayud sí que lo han establecido. En el último mes, el 50% de los registros del HUMS se realizan con nuevo formulario y Huesca también ha comenzado a utilizar la plantilla. Se prevé que con el cierre de la versión definitiva en febrero de 2020 se cumplan los objetivos del 80%.

Objetivo 3: En el último mes algún facultativo del HUMS realiza >80% de sus registros en HCE. Como hemos indicado, se prevé que con la nueva versión se cumpla el 80%.

Objetivo 4: Sí que se recogieron las propuestas de mejora de formulario que permitió describir las experiencias de actividad y ayudó a realizar las versión definitiva.

Vistos los problemas en el informe de seguimiento para conseguir los objetivos 2 y 3 para febrero de 2020, se potenció la difusión de la nuevas plantillas al resto de Servicios/Secciones de Neurología, para "lanzarla" directamente a todos los sectores. Se ha visto un buen recibimiento, consiguiendo una fortaleza no esperada en el plan inicial, pero que tiene repercusión en la actividad asistencial. Esta difusión se ha facilitado además gracias a la Guardia de Neurovascular de Aragón que tiene con centro base el HUMS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0771

1. TÍTULO

ADAPTACION DEL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Ha quedado pendiente alcanzar los porcentajes de 80% para los objetivos 2 y 3 (en ascenso en los últimos 2 meses) y una descripción de la actividad de la Unidad (se ha decidido postponerla hasta disponer de la versión definitiva abierta durante un trimestre).

Como recomendaciones para futuros planes similares, en el caso de creación de formularios con el SALUD es útil encontrar un interlocutor directo al inicio del proyecto, para hacer más ágil la actualización de las versiones.

Para su replicación, los formularios están disponibles en HCE y de ahí se podrán extraen informes realizados con los mismos.

7. OBSERVACIONES.
Estamos muy satisfechos con los objetivos alcanzados, al haber pasado de un proyecto del Sector II a un modelo que va a poder ser utilizado por todos los Sectores Sanitarios, con buen recibimiento. Además, el número de actividades registradas en HCE está aumentando de forma considerable en el último mes, por lo que creemos que la nueva versión se consolidará como el informe definitivo para diferentes laboratorios de neurosonología de Aragón.

Aunque hay objetivos iniciales por cumplir, viendo que los nuevos formularios se están consolidando; decidimos cerrar el proyecto al finalizar en los próximos meses el contrato con del SALUD del profesional responsable, no pudiéndose garantizar un seguimiento a través de un plan de mejora.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/771 ========== ***

Nº de registro: 0771

Título
ADAPTACION DEL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Autores:
LAMBEA GIL ALVARO, TEJADA MEZA HERBERT, SAGARRA MUR DANIEL, MARTA MORENO JAVIER, SERRANO PONZ MARTA, LANZAN TAPIA EVA, MARRON TUNDIDOR RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Actualmente los informes de neurosonología se realizan a través de la plataforma HP-Doctor con unas plantillas pre-redactadas para las técnicas más frecuentes: ecodoppler de troncos supraaórticos (EDTSA) y doppler transcraneal (DTC). Estas están vigentes desde hace 5 años, pero su formato da pie a una variabilidad en el registro y dificulta la explotación de los datos para uso interno. Nuestro registro de peticiones, hasta ahora solo recoge el número de estudios realizados, sin capacidad para analizar si se trata de una actividad programada o no.

Aprovechando el cambio a la nueva plataforma de Historia Clínica Electrónica, vemos de utilidad actualizar y crear plantillas para todas las técnicas realizadas en este nuevo formato. Esto permitirá una homogeneización de la actividad, mayor eficiencia y un análisis del registro de cara a realizar recomendaciones de mejora y adaptaciones del trabajo diario del laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Revisión, actualización y creación de plantillas.
2. Registro de actividad y resultados.
3. Homogeneizar el registro y la labor asistencial de las pruebas neurosonológicas.
4. Explotar los resultados obtenidos.

Población diana: pacientes con solicitud de prueba neurosonológica.
Servicio al que va dirigido: Sección Neurovascular (Servicio Neurología). Mejorar el trabajo diaria del laboratorio de neurosonología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0771

1. TÍTULO

ADAPTACION DEL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

MÉTODO
Adaptaremos nuestras plantillas ajustándonos a las recomendaciones de la Sociedad Española de Neurosonología sobre la información de interés en cada registro. Estas se adaptarán al formato de HCE y se procederá a formar en su cumplimentación a los diferentes FEAs (al menos 1 reunión conjunta y un "taller" individual a cada FEA de la sección). Tras 1 mes de eocgid de datos en la nueva plataforma, se revisarán los resultados obtenidos y en cso de apreciar errores se sugerirán cambios en la plantilla de HCE y/o volver a formar a los FEAs. Los resultados definitivosserán analizados a final de año para conocer la actividad real de nuestro laboratorio de neurosonología y poder plantear recomendaciones de mejora continua.

INDICADORES
Objetivo 1. Número de plantillas tipo / número total de técnicas habituales realizadas. Índice actual: ND. Obejtivo: 100%.
Objetivo 2. Número de actividades registradas en HCE / número registro manual (%). Índice actual: ND. Obejtivo: 80%.
Objetivo 3. Número de registros adecuadamente cumplimentados (total y por facultativo) / número total de registros. Índice actual: ND. Obejtivo: 80%.
Objetivo 4. Un trabajo descriptivo con la actividad y resultados del laboratorio. Índice actual: No disponible. ObjEtivo: Sí (1 trabajo).

DURACIÓN
Fecha de inicio: 01 de marzo de 2019. Fecha de finalización: 01 de marzo de 2020.

1. Creación de nuevas plantillas: A LAMBEA, H TEJADA. MARZ-ABRIL

2. Adaptar las plantillas a la Historia Clínica Electrónica: H TEJADA, R MARRÓN MAYO y revisión en SEPTIEMBRE

3. Formación del personal en la cumplimentación: A LAMBEA, H TEJADA JUNIO y revisión en SEPTIEMBRE.

4. Cumplimentación de nuevas plantillas: J MARTA, H TEJADA. JULIO-DICIEMBRE

5. Análisis de la información recogida: Á LAMBEA. ENERO 2020.
6. Realizar recomendaciones y adaptaciones: H TEJADA, J MARTA. 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 - 2019/0901

1. TÍTULO

ESCUELA DE CUIDADOS PARA EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ELA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN EXPOSITO SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAPABLO LIESA JOSE LUIS
JARNE ESPARCIA AUXILIADORA
GASCON PELEGRIN JOSE MANUEL
LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO
PEZONADA UTRILLA ELVIRA
GARCIA RUBIO MARIA JOSE
BOROBIO LAZARO ALMUDENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El ámbito temporal del estudio abarcó desde el 1 de febrero hasta el 31 de octubre de 2019.
La captación de los participantes diagnosticados de ELA se realizó desde la consulta de enfermería del servicio de neurología del Hospital Universitario Miguel Servet, a la cual accedían tras consulta médica.

Tras aceptar participar en el estudio, se valoró a aquellos pacientes cuyo grado de dependencia fue leve o moderado, utilizando para ello el índice de Barthel y las escalas ALSFSR-R y ALSCBS, ya descritas en el proyecto.

De la misma forma, se invitó a participar en el estudio a sus cuidadores principales. Aquellos que aceptaron, tras analizar los resultados obtenidos del grado de dependencia del paciente, fueron categorizados según el grado de atención que precisaban/demandaban, evaluando sus necesidades con la escala FNQ.

Esta captación se realizó durante los meses de febrero y marzo.

Una vez evaluadas las necesidades, tanto de los pacientes como de los cuidadores, se realizó una intervención basada en tres talleres formativos teórico – prácticos, a los cuales se invitó a participar a otros profesionales implicados en la asistencia y cuidado de estas personas, creando un grupo multidisciplinar. La planificación de los talleres (objetivos a alcanzar, contenido, fechas, lugar, hora, recursos materiales necesarios y recursos humanos disponibles) se realizó siguiendo el cronograma correspondiente.

Esta actuación se ha contemplado como una intervención piloto cuyo objetivo era valorar su eficacia y detectar puntos de mejora a aplicar en los sucesivos grupos.
Así mismo, los resultados de este proyecto han sido presentados en el XXVI Congreso Anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica y II Congreso Internacional de Enfermería Neurológica, celebrado en Sevilla en noviembre de 2019.

En estos momentos, existe un manuscrito en proceso de revisión por pares para su publicación en la Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica (Sedene).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La muestra del estudio piloto estuvo formada por ocho pacientes y sus cuidadores no profesionales que cumplían los criterios de exclusión y accedieron a participar en el estudio firmando el consentimiento informador.

Los resultados obtenidos según los indicadores fijados fueron:

- Para el primer indicador medido, el porcentaje obtenido ha sido del 28,57%, lo que equivale a decir que, de un total de 28 pacientes han contestado al cuestionario 8 pacientes/cuidadores.

- Respecto al segundo indicador medido, el porcentaje de necesidades resueltas tras los talleres teórico-prácticos ha sido del 90%, cifra que supera el 25% que nos habíamos planteado para este proyecto.

- El tercer indicador medido muestra que de 40 necesidades detectadas mediante la escala de FNQ, la necesidad de la información médica/salud y la necesidad de implicación en el tratamiento y cuidados de los pacientes son las que obtuvieron la puntuación más alta con un 96,25% y 99,25% respectivamente. Las dos necesidades que puntúan más bajo son las necesidades de apoyo emocional (70,5%) y apoyo instrumental (71,75%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo multidisciplinar en la aplicación de la intervención permite alcanzar los objetivos planteados desde distintas perspectivas, lo que hace más eficiente la misma.

Las principales necesidades que los cuidadores perciben como más importantes van dirigidas, en primer lugar, a recibir información médico-sanitaria adecuada, seguido de la necesidad de un aprendizaje previo para que su implicación, tanto en la administración del tratamiento como en el cuidado del paciente, sea segura.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0901

1. TÍTULO

ESCUELA DE CUIDADOS PARA EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ELA

En la mayoría de los casos los cuidadores anteponen las necesidades de los familiares cuidados a las suyas propias, lo que a la larga los lleva a adquirir patologías que, de forma indirecta, influyen en los pacientes. Por todo esto la atención de enfermería debe centrarse en el binomio paciente/cuidador como un ente indivisible.

Creemos necesario incorporar a las consultas este tipo de intervenciones directas desde el diagnóstico, por su capacidad de localizar y hacer localizables las futuras necesidades que, de no ser resueltas, acarrearan problemas derivados del cuidado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/901 ========== ***

Nº de registro: 0901

Título
ESCUELA DE CUIDADOS PARA EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ELA

Autores:
EXPOSITO SANCHEZ CARMEN, CAPABLO LIESA JOSE LUIS, JARNE ESPARCIA AUXILIADORA, GASCON PELEGRIN JOSE MANUEL, LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO, PEZONADA UTRILLA ELVIRA, GARCIA RUBIO MARIA JOSE, BOROBIO LAZARO ALMUDENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CUIDADORES DE PACIENTES CON ELA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad del sistema nervioso caracterizada por una degeneración progresiva de las neuronas motoras. La consecuencia de esto es una debilidad muscular que avanza hasta la parálisis. Amenaza la autonomía motora, la comunicación oral, la deglución y la respiración.

La ELA requiere de un tratamiento especializado multidisciplinar, ya que esta enfermedad produce un gran impacto en el paciente y en su entorno familiar, tanto a nivel emocional como a nivel social y económico. Se genera una labor asistencial que es asumida por los cuidadores, que generalmente son las propias familias.

Para que el cuidador no profesional pueda atender de una forma independiente al paciente, necesita de conocimientos y habilidades que le permitan satisfacer todas las necesidades de la vida diaria del paciente. Todo esto conlleva una gran carga emocional, por la responsabilidad de cuidar a un ser querido. Es una tarea que en muchos casos produce sobrecarga, con poco reconocimiento social, y lleva asociado un riesgo para la salud del cuidador que puede llegar a interferir en su vida personal, social y laboral. Desde la unidad especializada de ELA se debe aportar al paciente y a la familia una seguridad, un acompañamiento, formación e información esencial en caso de duda, y capacitar al cuidador para la atención del paciente y de su propio autocuidado. Así se podrá mejorar la calidad de la atención domiciliaria y reducir el estrés del cuidador.

RESULTADOS ESPERADOS
- Determinar las necesidades de los cuidadores no profesionales de pacientes con ELA (cuestionario de Kreutzer).

- Dotar de herramientas a un cuidador no profesional para realizar los cuidados de un paciente con ELA: actividades básicas, actividades instrumentales y comunicación alternativa.

- Identificar situaciones en el desarrollo del cuidado del paciente que precisen de ayuda profesional.

- Proporcionar a los cuidadores estrategias para su autocuidado y el bienestar, para poder cubrir la atención necesaria y de calidad de la persona afectada de ELA.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0901

1. TÍTULO

ESCUELA DE CUIDADOS PARA EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ELA

La población diana serán los cuidadores no profesionales de los pacientes con ELA, mayores de 18 años, que son atendidos en la unidad de ELA del hospital Miguel Servet.

Para alcanzar los objetivos marcados en el proyecto se realizarán:
• Identificación de las necesidades de los cuidadores: cuestionario de Kreutzer, tanto en la primera visita como tras la formación.
• Sesiones formativas individuales, estructuradas para facilitar el aprendizaje.
• Sesiones prácticas (talleres) para que los cuidadores adquieran las habilidades necesarias para el desarrollo de la atención del paciente con ELA.
• Sesiones educativas grupales. Se seleccionará a los cuidadores en base a las necesidades similares de los pacientes a quienes atienden.

La organización se realizará con un cronograma estructurado de las sesiones educativas. Los talleres y sesiones grupales serán de forma mensual, los miércoles. Por el contrario, las individuales serán charlas educativas adaptadas a las necesidades de aprendizaje del cuidador, y se realizarán en la primera visita o cuando haya cambios en las necesidades del paciente.

Para conocer las necesidades de cuidados que van a precisar tanto el paciente como el cuidador se elaborará en la primera visita un plan individualizado de atención. El enfermero/a hará una valoración de la situación actual y necesidades para ver los cuidados según el grado de afectación y autonomía de la persona dependiente, así como necesidades del cuidador, tanto en el aspecto de sus propios cuidados como a la hora de mejorar su labor de atención al paciente.

Una vez recopilada y puesta en común la información con el resto del equipo se planificará las sesiones formativas, tanto individuales como grupales, así como la necesidad de acudir a otros profesionales de forma multidisciplinar.

INDICADORES
Se evaluará el porcentaje de necesidades del cuidador en la primera visita así como las necesidades resueltas tras la formación.

- Nº de pacientes con ELA a la que se le pasa el cuestionario a su cuidador principal en la primera visita / Nº total de pacientes con ELA en la unidad.
- Nº de necesidades de cuidadores familiares resueltas tras la formación/ Nº de necesidades detectadas en la primera visita.
- Tipo de necesidades detectadas más frecuentes /Nº total de necesidades

Una mejora del 25% respecto a los resultados obtenidos después de realizar sesiones/ talleres formativos se consideraría satisfactoria.

DURACIÓN
La duración del proyecto se estima que será desde mayo de 2019 a mayo 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 - 2018/0526

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA Y MARCAJE GANGLIONAR CON ARPON

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA RUBIO CUESTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE GOMEZ ISABEL
VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER
RUIZ CAMPO LEYRE
GABASA GORGAS LOURDES
ROY RAMOS VIRGINIA
DIESTE PEREZ ANA MARIA DE LA PEÑA
ORTEGA MARCILLA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como se expuso en el plan inicial de trabajo, los objetivos principales del proyecto son:
-Valorar la conveniencia de la técnica de BSGC para la identificación de pacientes susceptibles de un manejo conservador de la axila por respuesta patológica completa tras neoadyuvancia.
-Complementar la técnica del ganglio centinela mediante el marcaje con arpón del ganglio clipado, incrementando con ello la tasa de detección del ganglio inicialmente afecto.
Para ello, las pacientes candidatas a la inclusión en el estudio son convenientemente informadas del procedimiento y de los objetivos que persigue, aceptando mediante la firma de un consentimiento elaborado con este fin.
De forma conjunta con los servicios implicados, se ha elaborado una rutina de trabajo para marcar la ruta de las pacientes. Como próximo objetivo nos planteamos pasarlo a formato de protocolo definitivo.
El plan de trabajo incluye que, en el servicio de Radiología mamaria se procede al marcaje mediante un clip metálico de la adenopatía sospechosa que resulta positiva en la biopsia en momento del diagnóstico inicial.
La paciente pasa a Oncología Médica para recibir terapia sistémica primaria en forma de quimioterapia u hormonoterapia según convenga.
Al finalizar el tratamiento primario se programa la cirugía locorregional que, según los protocolos vigentes, debe incluir la linfadenectomía axilar completa. El día previo a la intervención, se inyecta el nanocoloide Tc99, imprescindible para la realización de BSGC, y antes de entrar al quirófano se completa el marcaje con la inserción de un arón localizador del ganglio clipado. De este modo, aseguramos la disección y extracción del ganglio inicialmente afecto, con el fin de posibilitar la correcta valoración de respuesta axilar a TSP. La realización de una radiografía simple al espécimen quirúrgico, nos permitirá conocer, al momento, la coincidencia entre ganglio centinela y clipado.
Se ha confeccionado una base de datos, con programa SPSS 21.0, donde se registran todas las pacientes incluidas en el estudio. En ella se recoge el resultado anatomopatológico de los ganglios extraídos y de la linfadenectomía posterior, lo cual nos ha permitido extraer las conclusiones de nuestro proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde Mayo 2018 hasta Noviembre 2019 se reclutan 58 pacientes para el estudio, de las cuales aceptan las condiciones de inclusión el 100%.
Se excluyen 4 mujeres por falta de migración en ganglio centinela, 1 por desplazamiento del marcador y tres por hallazgos clínico-radiológicos compatibles con progresión tumoral.
Finalmente incluímos en la base de datos 50 pacientes.
Se localiza algún ganglio centinela en el 89% de las pacientes sometidas a la técnica, con una media de 1,2 ganglios extraídos.
El índice de concordancia entre el ganglio clipado/ganglio centinela es del 66%, ligeramente inferior al estándar esperado.
Sin embargo, al incluir el doble marcaje con arpón, la tasa de detección del ganglio clipado aumenta al 84%, superior al objetivo establecido. Si bien, este ganglio es centinela en el 75% de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
. La puesta en marcha del proyecto nos ha servido de curva de aprendizaje y prueba de validación para iniciar un cambio de conducta terapéutica en nuestro servicio. Existe evidencia científica suficiente que avala la preservación axilar en cáncer de mama N1con buena respuesta a neoadyuvancia.
La correcta selección de las pacientes en el momento del diagnóstico y la correcta valoración clínica y radiológica de la situación patológica tras el tratamiento sistémico es fundamental para incluir o excluir a las pacientes del programa de preservación axilar con las suficientes garantías.
La localización exacta del ganglio positivo al diagnóstico es necesaria para la correcta toma de decisiones. La técnica del doble marcaje con centinela-Tc99 y arpón axilar parece resultarnos útil en la localización de dicha adenopatía.
Nos planteamos el seguimiento de las pacientes a corto y medio plazo para el registro de eventos que pudieran modificar el pronóstico de la enfermedad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0526

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA Y MARCAJE GANGLIONAR CON ARPON

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/526 ========== ***

Nº de registro: 0526

Título
EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA

Autores:
RUBIO CUESTA PATRICIA, VICENTE GOMEZ ISABEL, VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER, ORTEGA MARCILLA SILVIA, BAQUEDANO MAINAR LAURA, FRANCO JIMENEZ LORENA, LABORDA GOTOR RAMIRO, BENITO VIELBA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es la técnica universalmente aceptada para el estadiaje axilar en el contexto de un cáncer de mama sin afectación ganglionar establecida mediante exploración clínica y radiológica.
Este procedimiento se ha ido depurando hasta hacerse asequible a todos los centros que dispongan de un servicio de medicina nuclear. Así mismo, desde su implementación, se han ido ampliando las indicaciones y reduciendo las contraindicaciones, limitadas en la actualidad al carcinoma inflamatorio y la axila positiva al diagnóstico. Otro de los grandes avances ha sido el momento de realización del estudio axilar, reconociéndose como válida la aplicación del la BSGC antes y después de la administración de terapia sistémica primaria (TSP), con la misma tasa de detección y mismo grado de correlación histopatológico.
La neoadyuvancia en el cáncer de mama localmente avanzado es una estrategia terapéutica ampliamente establecida. Consiste en la administración de un tratamiento sistémico con quimioterapia (QT), asociando o no inmunoterapia, o con hormonoterapia (HT) antes de completar la cirugía locorregional. El objetivo es doble; por una parte permite valorar la quimiosensibilidad real del tumor, factor predictivo de suma importancia, y por otro, hace asequibles a cirugía conservadora un porcentaje de tumores que de otro modo exigirían un tratamiento mutilante.
El reto de nuestros días pasa por actualizar el manejo de la axila con afectación tumoral confirmada mediante biopsia con aguja gruesa (BAG). Cabe plantear que, al igual que la mama respondedora, la axila con regresión completa de enfermedad tras la TSP también sería susceptible de una actitud conservadora. Para ello, resulta perentorio establecer la estrategia que permita valorar la respuesta axilar a la neoadyuvancia, lo cual haría posible evitar la realización de una linfadenectomía a aquellas pacientes con respuesta axilar completa a terapia primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL:
-Valorar la conveniencia de la técnica de BSGC para la identificación de pacientes susceptibles de un manejo conservador de la axila por respuesta patológica completa tras neoadyuvancia.
OBJETIVOS SECUNDARIOS
-Determinar tasa de identificación del ganglio centinela tras administración de TSP en pacientes con afectación axilar en el momento del diagnóstico.
-Determinar tasa de correlación entre ganglio biopsiado y ganglio identificado como centinela

MÉTODO
Las pacientes candidatas a la inclusión en el estudio son convenientemente informadas del procedimiento y de los objetivos que persigue, aceptando mediante la firma de un consentimiento elaborado con este fin.
Como parte de la rutina habitual, en el servicio de radiología mamaria se marca mediante un clip metálico la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0526

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA Y MARCAJE GANGLIONAR CON ARPON

adenopatía biopsiada con resultado positivo en el momento del diagnóstico.
Al finalizar el tratamiento primario se programa la cirugía locorregional que, según los protocolos vigentes, debe incluir la linfadenectomía axilar completa. Previamente, se lleva a cabo la identificación y disección del ganglio centinela, el cual se remite para la realización de una radiografía intraoperatoria buscando el clip metálico. De este modo, es posible establecer el índice de correlación entre el ganglio inicialmente positivo y el ganglio identificado como centinela.
En el estudio anatomopatológico, que en nuestro caso se realiza en diferido, podremos extraer conclusiones respecto a la tasa de respuesta axilar a TSP bien en el ganglio centinela, en caso de coincidir con el inicialmente afectado por carcinoma, o en su defecto, en la pieza de linfadenectomía reglada.

INDICADORES
Para la consecución de los objetivos emplearemos las placas intraoperatorias y los informes definitivos de la anatomía patológica del ganglio independiente y de la disección axilar completa.

DURACIÓN
La evaluación inicial será realizada al completar un año de cirugía en cáncer de mama en la Unidad de Patología Mamaria del HUMS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 13/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL
ORTEGA MARCILLA SILVIA
VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER
RUBIO CUESTA PATRICIA
HERNANDEZ ARAGON MONICA
RUIZ CAMPO LEYRE
MIHAELA MIGDAN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HA CUMPLIDO EL CALENDARIO MARCADO:
• EN EL MES DE MARZO DE 2019 NOS HABIAMOS PUESTO EN CONTACTO CON LA SUPERVISION CLINICA DE LOS CME Y YA SE HABIA PROVISTO A LOS CME DEL MATERIAL NECESARIO (PESARIOS DE DIFERENTES CALIBRES) PARA LA IMPLANTACIÓN DEL TRATAMIENTO.
• PREVIAMENTE, EN SESION CLINICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA, DE FORMA PROGRAMADA SE HABIA EXPUESTO EL TRABAJO A REALIZAR Y LA METODOLOGIA NECESARIA, ASI COMO EL REPASO A LAS INDICACIONES DEL USO DE ESTE TRATAMIENTO CONSERVADOR.
• EN EL MES DE MARZO DE 2019 REGISTRAMOS LAS PRIMERAS PACIENTES A LAS QUE DIMOS ALTA DESDE LA CONSULTA ESPECIFICA DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL. PACIENTES CANDIDATAS A CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO CONSERVADOR Y QUE PREVEIAMOS QUE SE PODIA CONTINUAR CON DICHO TRATAMIENTO EN LOS CME.
• ASI MISMO EN ESE MOMENTO SE COMENZÓ EN DICHOS CENTROS A USAR DE FORMA PROTOCOLIZADA ESTE TRATAMIENTO CONSERVADOR, EN VEZ DE DERIVAR A LAS PACIENTES AL HOSPITAL.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A NIVEL DE LA CONSULTA DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL, HEMOS IDO RECOGIENDO DATOS MES A MES Y POR CENTROS DE DERIVACION DE LAS PACIENTES QUE HEMOS DADO DE ALTA PARA CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO EN LOS CME ENTRE MARZO NOVIEMBRE DE 2019
• 25 PACIENTES HAN SIDO DADA DE ALTA AL CME SAN JOSE
• 20 PACIENTES HAN SIDO DADAS DE ALTA AL CME RAMON Y CAJAL
DE ESTAS PACIENTES, EL 93.3 % (42 DE 45) HAN SIDO DADAS DE ALTA CON INFORME REALIZADO EN HP DOCTOR. LAS TRES PACIENTES RESTANTES FUERON DADAS DE ALTA CON INFORME ELABORADO A MANO POR NO DISPONER EN ESE MOMENTO DE ORDENADOR PARA TAL FIN.
EL RECUERDO DE ESTE TIPO DE TRATAMIENTO Y LA POSIBILIDAD DE CONTAR CON PESARIOS DE DIFERENTES MEDIDAS EN LOS CME HA FACILITADO Y PROMOVIDO EL USO DEL PESARIO EN EL PROLAPSO GENITAL EN AQUELLAS PACIENTES NO CANDIDATAS O REACIAS A TRATMIENTO QUIRURGICO.
LAS ALTAS DADAS EN LA CONSULTA DE SUELO PELVICO, HAN CONTRIBUIDO A PALIAR LA PRESION ASISTENCIAL EN DICHA CONSULTA. NO HAY QUE OLVIDAR QUE ESTA PATOLOGIA SOLO CUENTA CON UNA AGENDA DE UN DIA Y MEDIO A LA SEMANA EN LAS CONSULTAS DEL HOSPITAL.
EN GENERAL LAS PACIENTES TIENEN MAS POSIBILIDAD DE ELECCION DE CONSULTA EN LOS CME Y HABITUALMENTE SON CENTROS A LOS QUE ACCEDEN DE FORMA MÁS FACIL.
HEMOS OBTENIDO DATOS DE ENCUESTA REALIZADA A LA PACIENTE Y DATOS SOBRE INFORMES REALIZADOS EN HP DOCTOR MEDIANTE EL REGISTRO DE LAS PACIENTES CANDIDATAS A ESTOS TRATAMIENTOS.
PODEMOS CIFRAR LOS DATOS DE SATISFACCION GLOBAL DE LOS TRATAMIENTOS EN TORNO AL 85 % DE LOS MISMOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
HAY QUE CONTINUAR MEJORANDO EN LA ATENCION DE ESTE TIPO DE PACIENTES, Y SE NECESITA PARA ESTA MEJORA DE FORMA URGENTE ADECUAR LAS SALAS DE EXPLORACIÓN Y LAS MESAS GINECOLOGICAS DE DICHAS SALAS, SOBRE TODO TENIENDO EN CUENTA LAS DIMENSIONES Y CARACTERISTICAS DE ESTOS DOS ELEMENTOS EN EL CME RAMON Y CAJAL, DONDE PACIENTES CON MOVILDAD REDUCIDA TIENEN UNA DIFICULTAD AÑADIDA IMPORTANTE PARA PODER RECIBIR EL TRATAMIENTO.
NO OBSTANTE VAMOS A CONTINUAR RECOGIENDO DATOS PARA CONTROLAR SI LAS PACIENTES QUE HEMOS IDO DERIVANDO A CME TIENEN QUE TERMINAR ACUDIENDO AL HOSPITAL, O POR EL CONTARIO, Y COMO CREEMOS, CONTINUAN DE FORMA CRONICA ESTOS TRATAMIENTOS EN LOS CME.
HASTA AHORA DE LAS 45 PACIENTES REMITIDAS A CME, SOLO 2 HAN PRECISADO VOLVER A CONSULTAS DE HOSPITAL, PARA REEVALUACION DE SU PATOLOGIA.
DEBEREMOS POR ULTIMO MEJORAR EN EL REGISTRO DE NUEVOS TRATAMIENTOS QUE SE IMPLEMENTEN EN LOS CME, Y DE LOS CUALES EN EL HOSPITAL NO SOMOS CONOCEDORES, PARA EVALUAR LA TRASCENDENCIA DE ESTE TIPO DE TRAMIENTO, QUE HEMOS VISTO HA DEMOSTRADO MANTENER SU VIGENCIA EN PLENO SIGLO 21.

7. OBSERVACIONES.
SE NECESITA DE MATERIAL INFORMATICO (ORDENADOR DE SOBREMESA) EN LAS CONSULTAS DE GINECOLOGIA PARA PODER HACR MÁS AGIL EL TRÁMITE DE LOS INFORMES DE ALTA DE CONSULTA DE LAS PACIENTES.

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

1. TÍTULO

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

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

Nº de registro: 0054

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

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

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

- Protocolo SEGO prolapso (Sociedad Española de Ginecología)

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

MÉTODO
DICHA OPCIÓN DE TRATAMIENTO SE EXPLICARÁ A LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y SE COMUNICA A LAS SUPERVISORAS DE LOS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES DEPENDIENTES DEL HUMS: CME RAMÓN Y CAJAL Y CME SAN JOSÉ, CON EL FIN DE QUE PREPAREN EN ALMACÉN LOS PESARIOS DE DIFERENTES MEDIDAS: 65, 70, 75, 80, 85, 90.
ADEMAS DE LAS PACIENTES NUEVAS QUE LLEGUEN A LOS CME Y SE LES OFERTE ESTE TRATAMIENTO, TAMBIÉN TENDREMOS EN CUENTA A LAS PACIENTES QUE YA ESTÁN UTILIZANDO DICHO TRATAMIENTO, INICIADO EN LA CONSULTA DE SUELO PELVICO (GINECOLOGIA) DEL HOSPITAL. EN EL CASO DE SER DERIVADAS AL CME PARA CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, DEBERÁN SERLO CON INFORME REALIZADO EN HP DOCTOR INDICANDO EL MODELO DE PESARIO QUE PORTA Y PARA CUANDO DEBE SER CITADO EL RECAMBIO DEL MISMO.
IGUALMENTE SE HARÁ CONSTAR EL GRADO DE PROLAPSO CUANDO SE COLOCÓ EL PESARIO, ASÍ COMO OTRAS PARTICULARIDADES QUE COINCIDAN EN LA PACIENTE Y SEAN IMPORTANTES PARA SU POSTERIOR SEGUIMIENTO, COMO POR EJEMPLO EL USO DE

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

1. TÍTULO

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

TRATAMIENTO LOCAL.
DERIVAR A LA PACIENTE AL CME NO SERÁ IMPEDIMENTO PARA QUE CUANDO SE REQUIERA UNA NUEVA VALORACIÓN POR PARTE DE LA CONSULTA DE SUELO PÉLVICO, LA PACIENTE SEA DERIVADA A DICHA CONSULTA.

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 28/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se procede a la información y actualización de la plantilla del servicio de ginecología en materia de vacunación frente a VPH. Asimismo se transmite la sistematica de actuación para difundir las recomendaciones de la DGSP del Gobierno de Aragón con el objetivo de implementarlas en la practica asistencial.
Se ha proporcionado información verbal sobre las recomendaciones sobre vacunación frente a VPH en el momento del diagnóstico de la lesión precursora y al establecer la indicación del tratamiento escisional o conización diagnóstica terapeutica.
Se ha remitido a las pacientes afectadas a los centros de salud para dispensación de la misma mediante un volante/ informe por escrito que incluye el informe elaborado por la entidad oficial sobre las recomendaciones de la DGSP en materia de vacunación.
Se proporciona información escrita de nuevo en el momento del alta hospitalaria, o de CMA.
Se rescata a las pacientes que por algún motivo no hayan recibido previamente dicha información en la consulta de resultados tras la conización y se les comunica la recomendación insistiendo en la evidencia cientifica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se ha obtenido una respuesta satisfactoria en cuanto a la implicación por parte de los facultativos implicados en el proceso.
-Un total de 9 de cada diez mujeres (90%) han recibido información sobre la pertinencia de la vacunación cuando son recibidas en la consulta de resultados de anatomia patologica tras la conización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En algunos casos se percibe como obstáculo la falta de información al respecto por parte de los médicos de atención primaria. La entrega del informe escrito parece poder subsanar dicha reticencia. No obstante el siguiente objetivo consistiría en ampliar dicha actualización al primer escalón de atención sanitaria: (centros de salud y médicos de atención primaria)

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0127

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:

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

1. TÍTULO

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

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

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

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

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

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

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

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

DURACIÓN
Año 2019 y siguientes

OBSERVACIONES

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 - 2019/0746

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN LA ATENCION DE LA PACIENTE CON UNA GESTACION GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICA

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS
ENVID LAZARO BLANCA
FRANCO ROYO MARIA JESUS
ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT
RODRIGUEZ LAZARO LAURA
TAJADA DUASO MAURICIO CAYO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cambio de ubicación de la nueva consulta
Elaboración del informe ecográfico
Adecuación de la nueva sala
Cambio y elaboración de nuevas agendas
Puesta en funcionamiento de agendas con citas nuevas
Asimilación de todas las pacientes incluidas
Conclusión del formulario ecográfico en HP-doctor
Se ha realizado todo según el calendario estimado, excepto el informe ecográfico en HP-doctor, que se ha demorado por problemas de personal en el Servicio de Informática

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la actualidad, todas las pacientes incluidas en el proyecto, son vistas ya en la nueva consulta
Se encuentra en funcionamiento la nueva agenda específica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La participación de diversos servicios y estamentos en la consecución de este proyecto ha requerido una intensa coordinación, para poder llegar al final del proyecto. Debo decir que en general, toda la gente implicada ha puesto de su parte para poder completar el objetivo.
Aunque completado el formulario del informe, queda pendiente para resolver en fechas próximas, el desarrollo del documento word definitivo del informe ecográfico.
En ese momento se podrá dar como concluido el proyecto

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/746 ========== ***

Nº de registro: 0746

Título
CREACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN LA ATENCION DE LA PACIENTE CON UNA GESTACION GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICA

Autores:
CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL, DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS, ENVID LAZARO BLANCA, FRANCO ROYO MARIA JESUS, ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT, RODRIGUEZ LAZARO LAURA, TAJADA DUASO MAURICIO CAYO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0746

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN LA ATENCION DE LA PACIENTE CON UNA GESTACION GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICA

PROBLEMA
El control de la gestación gemelar se realiza siempre a nivel hospitalario. Se reparte entre la Sección de Diagnóstico Prenatal/Ecografía Obstétrica y la Sección de Medicina Materno Fetal. La morfología fetal es competencia única de la Sección de Diagnóstico Prenatal. El control del crecimiento fetal, por contra, se reparte entre las dos unidades. En general, en las pacientes que se controlan en la Sección de Medicina Materno Fetal, los controles se realizan en la misma consulta. Hasta el momento, no se había realizado así con las gestaciones gemelares por un problema logístico y de recursos tecnológicos. Con esta situación de partida, las gestantes con un embarazo gemelar tienen que pasar por dos consultas diferentes, en horarios a veces muy divergentes y a veces incluso en días distintos. Esto conlleva una incomodidad y una pérdida de tiempo para la paciente, más que considerable. Actualmente existe una tendencia a especializar las consultas y que sean un monográfico en cada jornada. Las consultas en la gestación gemelar, se encuentran mezcladas con muchas otras patologías y problemas totalmente distintos y que requieren otro tipo de control diferente.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la creación de una consulta de alta resolución en las gestaciones gemelares bicoriales biamnióticas, se pretende aunar en una misma consulta, la realización de todas las ecografías exclusivas de, control del crecimiento y bienestar fetal, con la visita propia de la semana de embarazo correspondiente y la realización del test basal a partir de la semana que corresponda. Esto conllevará un importante ahorro de tiempo para la paciente, y la posibilidad de la toma de decisiones en el momento del diagnóstico. Además será una consulta monográfica de este tipo de gestaciones.La población diana son las pacientes con una gestación bicorial biamniótica desde la semana 24 del embarazo hasta el parto, que no tengan diagnosticada una malformación o anomalía morfológica fetal. Se integra todo el proyecto en el Servicio de Obstetricia.

MÉTODO
Las acciones previstas son: 1º Cambio de sala de consulta. Se realizará una permuta con la sala donde se realizan los test basales en la actualidad. Se ganará en espacio y comfort para las pacientes. 2º Adecuación de la nueva sala. Delimitación del área de exploración mediante un sistema de cortinas. instalación de rosetas para reubicación de equipo informático. 3º Solicitud de nuevo equipo informático añadido al existente. 4º Adecuación de las agendas electrónicas a la nueva incorporación de actividad 5º Elaboración de tablas propias de medidas y pesos fetales en este tipo de gestaciones. 6º Elaboración de informe ecográfico a través de HP Doctor para que esté disponible en red

INDICADORES
Todas las mujeres incluidas en población diana, deberían ser vistas el día específico creado para este fín. El estándar debería estar en el 100% de las mujeres incluidas

DURACIÓN
Primer semestre: *Cambio de ubicación de la sala de consulta; *Elaboración de informe ecográfico; *Adecuación de la nueva sala de consulta (mobiliario, cortinas, rosetas, equipo informático); *Elaboración de las nuevas agendas
Segundo semestre: * Puesta en funcionamiento de las nuevas agendas y comienzo de las citas en la nueva consulta; * Incorporación del informe ecográfico en el sistema mediane el HP-Doctor * Asimilación en la consulta específica de todas las pacientes incluidas en la población diana.

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 - 2019/0862

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN MODELOS DE SIMULACION DE DIAGNOSTICO Y REPARACION DE DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO TRAS PARTO VAGINAL EN EL HUMS

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE ..... BELEN RODRIGUEZ SOLANILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES OROS PILAR
GONZALEZ BALLANO ISABEL
MARTINEZ SUÑER SILVIA
CRESPO ESTERAS RAQUEL
LASIERRA BEAMONTE ANA
RODRIGUEZ LAZARO LAURA
CASTAN MATEO SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Formación de equipo de trabajo integrado por facultativos del Servicio de Obstetricia, Sección de Paritorio y Puerperio, del Hospital Miguel Servet. (Enero 2019).
- Revisión de la evidencia científica disponible. (Enero 2019).
- Diseño y “fabricación” de modelos de simulación para entrenamiento de los profesionales.
Modelos realizados por los facultativos de la sección con gomaespuma, fieltro y gomaeva.
- Talleres teóricos y prácticos basados en la simulación destinados a todos los profesionales implicados en el parto: (enero-abril 2019)
- Talleres para matronas y EIR formando a un total de 40 matronas con un modelo por persona.
- Talleres para facultativos y MIR de la especialidad en grupos de 4-6 personas.
- Colocación en quirófano y paritorio de posters de reparación de desgarros perineales y tratamiento antibiótico de elección para facilitar su “recordatorio”. (Junio 2019)
- Rotulación e identificación en paritorio y quirófano de las suturas y material necesarias para reparación de los citados desgarros. (Junio 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La población diana del proyecto eran los profesionales implicados en el proceso del parto y por tanto en el diagnóstico y reparación de desgarros perineales postparto:
- Facultativos especialistas de Servicio de Obstetricia y Ginecología.
- MIR de Servicio de Obstetricia y Ginecología.
- Matronas.
- EIR de matrona.
Con nuestro proyecto hemos llegado a todos ellos.

El objetivo principal del proyecto era el entrenamiento, utilizando modelos de simulación, para diagnóstico y reparación de los desgarros perineales de tercer y cuarto grado tras parto vaginal. Se ha cumplido de forma muy satisfactoria.

Los principales objetivos secundarios logrados con nuestro proyecto han sido:
- Mejorar conocimientos teóricos y habilidades quirúrgicas en patologías poco prevalentes.
- Sistematizar maniobras de diagnóstico de desgarros perineales.
- Facilitar el acceso a material quirúrgico necesario en la reparación con una correcta rotulación del mismo.
- Protocolizar antibioterapia, ajustada a PROA, en relación con el procedimiento.
- Facilitar acceso a la información, colocando posters de reparación perineal en paritorios y quirófano.
- Mejorar la satisfacción del profesional implicado en el proceso del parto al mejorar sus habilidades prácticas.
- Mejorar la seguridad del paciente evitando diagnósticos y tratamientos subestándar.
Todos ellos se han cumplido.

Indicadores de seguimiento:
1.- % matronas y EIR con conocimientos teóricos de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales tras asistencia a cursos formación continuada del Servicio de Obstetricia.
Mediante cuestionario tipo test tras actividad formativa. Objetivo > 80%.

2.- % matronas y EIR con capacidad de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales en modelos de simulación tras asistencia a talleres de formación continuada del Servicio de Obstetricia.
Mediante evaluación en modelos tras actividad formativa. Objetivo > 80%.

3.- % FEAS Servicio Obstetricia que realizan guardias con conocimientos teóricos de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales tras asistencia a cursos formación continuada del Servicio de Obstetricia.
Mediante cuestionario tipo test tras actividad formativa. Objetivo > 80%.

4.- % FEAS Servicio Obstetricia que realizan guardias con capacidad de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales en modelos de simulación tras asistencia a talleres de formación continuada del Servicio de Obstetricia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0862

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN MODELOS DE SIMULACION DE DIAGNOSTICO Y REPARACION DE DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO TRAS PARTO VAGINAL EN EL HUMS

Mediante evaluación en modelos tras actividad formativa. Objetivo > 80%.

5.- % MIR Servicio Obstetricia y Ginecología con conocimientos teóricos de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales tras asistencia a cursos formación continuada del Servicio de Obstetricia.
Mediante cuestionario tipo test tras actividad formativa. Objetivo > 80%.

6.- % MIR Servicio Obstetricia y Ginecología con capacidad de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales en modelos de simulación tras asistencia a talleres de formación continuada del Servicio de Obstetricia.
Mediante evaluación en modelos tras actividad formativa. Objetivo > 80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La evaluación es altamente satisfactoria. Tanto las matronas y EIR como los MIR y facultativos del Servicio de Obstetricia han expresado su deseo de repetir la formación en modelo de simulación al menos con una periodicidad anual.
Dado el éxito del proyecto vamos a impartir un nuevo curso de simulación para matronas y EIR en el que incluimos este taller en marzo 2020 (2 ediciones de 20 alumnos cada una).
Destacamos que hemos diseñado y fabricado los modelos de simulación los obstetras de la Sección de Paritorio con material comprado por nosotros. El año 2019 se realizaron más de 40 modelos ya que se deterioran con el uso reiterado. Este año se van a fabricar al menos 40 modelos más igualmente sin financiación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/862 ========== ***

Nº de registro: 0862

Título
ENTRENAMIENTO EN MODELOS DE SIMULACION DE DIAGNOSTICO Y REPARACION DE DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO TRAS PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN, ANDRES OROS PILAR, GONZALEZ BALLANO ISABEL, MARTINEZ SUÑER SILVIA, CRESPO ESTERAS RAQUEL, LASIERRA BEAMONTE ANA, RODRIGUEZ LAZARO LAURA, CASTAN MATEO SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El parto es el proceso asistencial más frecuente de los que acontecen en un hospital. Los dos GRD más frecuentes en el Hospital Miguel Servet son “Parto vaginal sin complicaciones” y “Parto vaginal con complicaciones”. Por tanto, cualquier medida que tenga como objetivo mejorar alguna parcela de su asistencia va a tener una importante repercusión.
La reparación del periné tras una episiotomía o desgarro es una de las prácticas quirúrgicas más comunes en la obstetricia. La correcta valoración de la lesión y una técnica quirúrgica adecuada son necesarias para evitar a la paciente secuelas a largo plazo que determinarán de forma importante su calidad de vida.
Los desgarros perineales de tercer y cuarto grado pueden ocasionar dispareunia, dolor pélvico crónico e incontinencia urinaria y fecal. Su prevalencia es baja y sin una adecuada formación puede infraestimarse.
Consideramos fundamental el entrenamiento para su correcto diagnóstico y reparación en modelos de simulación. De esta forma el profesional puede no sólo actualizar sus conocimientos teóricos sino mantener sus habilidades quirúrgicas.
La herramienta de la simulación se enmarca dentro de la apuesta de nuestro Servicio de Obstetricia por la formación continuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: profesionales implicados en el proceso del parto y por tanto en el diagnóstico y reparación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0862

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN MODELOS DE SIMULACION DE DIAGNOSTICO Y REPARACION DE DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO TRAS PARTO VAGINAL EN EL HUMS

de desgarros perineales postparto:
- Facultativos especialistas de Servicio de Obstetricia y Ginecología.
- Médicos Internos Residentes de Servicio de Obstetricia y Ginecología.
- Matronas.
- Enfermeras Internas Residentes de matrona.

El objetivo principal del proyecto es el entrenamiento, utilizando modelos de simulación, para diagnóstico y reparación de los desgarros perineales de tercer y cuarto grado tras parto vaginal.
Objetivos secundarios:
- Mejorar conocimientos teóricos y habilidades quirúrgicas en patologías poco prevalentes.
- Sistematizar maniobras de diagnóstico de desgarros perineales.
- Facilitar el acceso a material quirúrgico necesario en la reparación con una correcta rotulación del mismo.
- Protocolizar antibioterapia, ajustada a PROA, en relación con el procedimiento.
- Facilitar acceso a la información, colocando posters de reparación perineal en paritorios y quirófano.
- Disminuir secuelas a medio y largo plazo para la paciente con desgarros de tercer y cuarto grado perineal postparto.
- Mejorar la satisfacción del profesional implicado en el proceso del parto al mejorar sus habilidades prácticas.
- Mejorar la seguridad del paciente evitando diagnósticos y tratamientos subestándar.

MÉTODO
* Formación de equipo de trabajo integrado por facultativos del Servicio de Obstetricia, Sección de Paritorio y Puerperio, del Hospital Miguel Servet.

* Revisión de la evidencia científica disponible.

* Diseño y “fabricación” de modelos de simulación para entrenamiento de los profesionales.

* Talleres teóricos y prácticos basados en la simulación destinados a todos los profesionales implicados en el parto.
Para el mantenimiento de habilidades quirúrgicas se planteará la convocatoria periódica de los citados cursos.

* Colocación en quirófano y paritorio de posters de reparación de desgarros perineales y tratamiento antibiótico de elección para facilitar su “recordatorio”.

* Rotulación e identificación en paritorio y quirófano de las suturas y material necesarias para reparación de los citados desgarros.

INDICADORES
Se realizará un cuestionario tipo test al personal al que va dirigida la actividad formativa antes y después de los cursos.
Asimismo se realizará una evaluación de habilidades prácticas tras talleres de simulación en los modelos utilizados.
- Conocimientos teóricos de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales (según resultado test) tras cursos y talleres.
Objetivo > 80 %
- Capacidad de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales (en modelos de simulación) tras cursos y talleres.
Objetivo > 80 %

DURACIÓN
Responsables del proyecto: Dra. Rodríguez Solanilla/ Dra. Andrés Orós
- Enero-Marzo 2019: formación del equipo de trabajo y revisión de evidencia disponible.
- Enero-Abril 2019: diseño y “fabricación” de modelos de simulación.
- Enero 2019-Abril 2020: cursos de formación y talleres de simulación para FEAs Servicio de Ginecología y Obstetricia, MIR de la especialidad, matronas y EIR de matronas. Test evaluación tras cada curso de formación.
- Junio 2019: rotulación e identificación de las suturas y material necesarias para reparación de desgarros.
- Septiembre 2019: colocación de posters.

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 - 2019/1128

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE CRIBADO DE CROMOSOMOPATÍAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PASCUAL MANCHO JARA
TAJADA DUASO MAURICIO CAYO
PEREZ PEREZ MARIA PILAR
GARRIDO FERNANDEZ PILAR
RODRIGUEZ VALLE ANA
ABENIA USON PILAR
ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha contactado con el Servicio de Citaciones de los Centros Médicos de Especialidades correspondientes fijando los plazos de las citas de las gestantes y se ha eliminado la restricción en el número de las primeras visitas en las consultas de tocología.

- Se han optimizado los plazos de citas para la realización de la ecografía del primer trimestre, con lo que el cálculo del cribado se realiza en las semanas de gestación adecuadas. En el año 2019 hubo 17 casos en los que se ha realizado el screening de segundo trimestre en vez del de primero a causa de un retraso en la fecha de la cita propuesta por el tocólogo.

- Se ha creado de una base de datos común entre Neonatología y Diagnóstico Prenatal con el objetivo de recoger los falsos negativos del cribado combinado de cromosomopatías. Con ello conseguimos determinar y conocer la existencia y el porcentaje de estos casos.

- Se ha creado un servidor para ubicar de manera remota la base de datos y que todos los especialistas implicados puedan tener acceso a ella.

- Se ha creado un calendario a modo de check-list para comprobar la correcta cumplimentación de la base de datos. Se decide que sea la matrona que pasa la consulta de Diagnóstico Prenatal la persona encargada de completar los datos de la base de datos. Dicha base se revisa con una periodicidad quincenal por parte de ambos servicios.

- Se ha creado un ítem en la base de datos de la consulta de Diagnóstico Prenatal llamado “resultados cribado de segundo trimestre” para contabilizar de una manera más fácil y rápida estas consultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Nº de mujeres que realizan el cribado de primer trimestre / total de recién nacidos en HUMS en un año. Estándar: superior al 90%.
Primer semestre 2019: 90.8%
** Segundo semestre 2019: Dato imposible de calcular en la fecha actual dado que los datos del programa PerkinElmer, el cual se utiliza para el cálculo de cromosomopatías, se almacenan en la nube y el circuito pasa por una agencia externa la cual no ha facilitado los datos aún. Estarán disponibles en dos o tres meses.

- Nº de mujeres que realizan el cribado de segundo trimestre / total de recién nacidos en HUMS en un año.
Estándar: inferior al 10%
Año 2019: 7,1%

- Tasa de NIPT sobre el total de cribados realizados. Estándar: inferior al 12%
Primer semestre 2019: 14.7%
** Segundo semestre 2019: Dato imposible de calcular en la fecha actual dado que los datos del programa PerkinElmer, el cual se utiliza para el cálculo de cromosomopatías, se almacenan en la nube y el circuito pasa por una agencia externa la cual no ha facilitado los datos aún. Estarán disponibles en dos o tres meses.

- Nº de consultas en Diagnóstico Prenatal para resultados de cribado de segundo trimestre. Objetivo: inferior a 150.
Año 2019: 102

- Creación de base de datos común entre Neonatología y Diagnóstico Prenatal.
Creada y en funcionamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la puesta en marcha de este proyecto de mejora se ha conseguido optimizar la realización del cribado combinado y en general de todo el circuito de cromosomopatías.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1128

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE CRIBADO DE CROMOSOMOPATÍAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

A las mujeres gestantes se les realiza el cribado en un mayor porcentaje en el momento óptimo, disminuyendo el número de cribados realizados en el segundo trimestre, siendo estos dos los principales objetivos del proyecto.

Una de las dificultades a la hora de llevar a cabo este proyecto ha sido al contactar con los médicos de atención primaria de cara a informarles sobre el circuito de cribado, así como de las indicaciones a seguir en cuanto a plazos de citas, solicitud o no de analíticas y uso de la calculadora gestacional.

La externalización del cálculo del screening del primer trimestre a una plataforma online facilita el cálculo instantáneo en la consulta, pero dificulta la obtención de datos y los controles de calidad.

A la hora de contabilizar el número de consultas de Diagnóstico Prenatal realizadas para entregar los resultados de cribado de segundo trimestre encontramos dificultades, pero se han corregido con el nuevo ítem añadido al formulario de la consulta.

No han sido necesarios materiales nuevos derivados de la optimización del protocolo de cribado.

7. OBSERVACIONES.
Como ha sido previamente explicado, varios de los indicadores no han podido ser calculados debido a la externalización del cálculo del screening combinado. La agencia no ha facilitado los datos del segundo semestre completo de 2019 a la fecha actual de 31 de enero de 2020.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1128 ========== ***

Nº de registro: 1128

Título
OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE CRIBADO DE CROMOSOMOPATIAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores:
RODRIGO RODRIGUEZ MARIA, PASCUAL MANCHO JARA, TAJADA DUASO MAURICIO CAYO, PEREZ PEREZ MARIA PILAR, GARRIDO FERNANDEZ PILAR, ABENIA USON PILAR, RODRIGUEZ VALLE ANA, ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Para la detección prenatal de las anomalí´as gene´ticas se han desarrollado diversas estrategias de cribado mediante pruebas con las que identificar gestantes con fetos que presentan un riesgo elevado de tener una anomalí´a gene´tica, sobre todo la trisomí´a 21, 13 y 18.
En el Hospital Miguel Servet se ha protocolizado el cribado combinado: Se recoge la muestra para ß-hCG y PAPP-A se´ricas en semana 10 y la realización de la ecografí´a en semana 12. Para conseguir un buen cribado poblacional debemos conseguir que al menos el 80% de nuestra población gestante tenga acceso al mismo.
Aproximadamente un 8% de las gestantes no realizan ni la analítica ni la ecografía en las semanas óptimas para ello, sino más tarde. La primera visita en tocólogo de área debería realizarse óptimamente en semana 8, plazo que no siempre se cumple por el hecho de posponer la remisión a tocología de área desde el médico de atención primaria (MAP) por la solicitud de una analítica sanguínea, que no estará completa y tendrá que repetir posteriormente; así como por el límite de primeras visitas establecido en la citación de la consulta de tocología.
Si la ecografía no se realiza en el momento óptimo (medida cráneo-caudal fetal por debajo de 84mm), se considera que la gestante se encuentra en el segundo trimestre del embarazo y el cribado de cromosomopatías a realizar es diferente. Esto implica realizar la petición desde la consulta, aumentando también el número de citas en la consulta de Diagnóstico Prenatal (DP) para informar del resultado; así como una menor tasa de detección, de aproximadamente el 65-70%.
Una vez realizado el cálculo de riesgo, si éste está comprendido entre 1/50 y 1/1000, estará indicado ofrecer a la gestante la realización del test fetal no invasivo (NIPT), solicitándose desde la consulta donde se informará de la prueba.
Las gestantes acudirán a la Unidad Central del Laboratorio del HUMS para que se les realice la extracción de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1128

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE CRIBADO DE CROMOSOMOPATÍAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

sangre (de 7:30 a 10h). La muestra de sangre junto con el consentimiento informado serán remitidos a la sección de Genética Clínica desde donde se procederá a la gestión del envío de la muestra, la recepción del resultado y la comunicación de éste a las gestantes.
En el caso que se tenga que solicitar el cribado de segundo trimestre, si el resultado es riesgo intermedio y está indicado realizar el NIPT, se citará a la paciente en la consulta de Diagnóstico Prenatal antes de las 9:30 para que pueda explicarse el resultado y la realización de la analítica el mismo día.
Debido a que el cribado alcanza una tasa de detección del 85-95%, puede existir un porcentaje de hasta el 15% de falsos negativos. Para la identificación de estos casos y realizar un feed-back adecuado, se considera necesario un circuito informativo entre los Servicios de Neonatología y Diagnóstico Prenatal del Hospital Miguel Servet
Con la aplicación de estos cambios, la paciente verá facilitada la realización de la prueba y el cribado de cromosomopatías será realizado en una consulta de alta resolución.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar el porcentaje de mujeres que se adhieren al programa de cribado de cromosomopatías del primer trimestre, estando éste por encima del 80%.
- Disminuir el porcentaje de mujeres que realizan el cribado de segundo trimestre y el número de visitas en la consulta de DP derivadas de éste.
- Incluir la totalidad de los NIPT que son solicitados desde DP en consultas antes de las 9:30h para que las pacientes puedan extraerse la analítica el mismo día y optimizar así el circuito.

MÉTODO
- Informar a los MAP de la no indicación de realización de analítica una vez la gestante acuda a su consulta y la importancia de remitirlas a tocología con brevedad.
- Indicar al Servicio de Citaciones de los CME los plazos para las citas de las gestantes, así como eliminar la restricción en el número de primeras visitas en estas consultas.
- Colaborar con los especialistas de pediatría en la creación y mantenimiento de una base de datos común que vincule el número de historia de la madre y del recién nacido, riesgo del cribado y resultado perinatal.

INDICADORES
- Nº mujeres que realizan el cribado de primer trimestre / total de recién nacidos en H. Miguel Servet en un año. Estándar: Superior al 90%
- Nº mujeres que realizan el cribado de segundo trimestre / total de recién nacidos en H. Miguel Servet en un año. Estándar: Inferior al 10%
- Tasa de NIPT sobre el total de cribados realizados. Estándar: inferior al 12%
- Número de consultas en Diagnóstico Prenatal para resultados de cribado de segundo trimestre. Objetivo: Inferior a 150.
- Creación de base de datos común entre Neonatología y Diagnóstico Prenatal. Estándar: creada y en funcionamiento.

DURACIÓN
Mayo – Junio: Información a MAP / CME. Instrucciones al Servicio de Citaciones. Inicio de recogida de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0845

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROTOCOLO DE EXTRACCION DE ENDOTELIO EN CORNEA DONANTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA GARCIA GUTIERREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASENSIO AROSTEGUI ROSA
FERRANDIZ MAHIQUES CARMEN
MARIN BENEDI AURORA
SANCHEZ PEREZ ANTONIO
SATUE PALACIAN MARIA
IDOIPE CORTA MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el 2017 y primera mitad del 2018 se ha realizó una coordinación efectiva entre los profesionales implicados en la extracción del endotelio corneal procedente de cornea donante. Cada viernes se tenían reuniones informales en el mismo quirófano para comentar problemas y soluciones en la organización y ejecución de dicho procedimiento. A través de estas reuniones se ha creado un documento de actuación en el caso de requerir este procedimiento quirúrgico entre las diferentes secciones/servicios integrantes del grupo de trabajo facilitando extensiones de contacto y personas de referencia. Lamentablemente la persona que lideraba estos transplantes estuvo de baja un temporada y la coordinadora de esta línea de mejora fue trasladada de forma temporal a otras unidades. Durante este tiempo de ausencias el número de transplantes de endotelio corneal se vió reducido considerablemente, lo cual repercutió en la adquisición de datos para una valoración apropiada. Así pues, se continuó un año más con esta línea de mejora.
Durante estos dos años se han recogido datos basados en el checklist diseñado por enfermería, donde medicos y enfermeras son responsables de introducir dichos datos, por ejemplo duración del procedimiento de la extracción del tejido endotelial antes y después de diseñar e implementar el nuevo protocolo de preparación y actuación para el mismo o apagado del microscopio tras el procedimiento por parte del equipo medico.
El nuevo protocol (Anexo 4) se instauró en Agosto del 2019, a partir de ahí los datos recogidos son parte de la información relacionada con el protocolo actualizado. En referencia a esta actualización se informa al jefe de sección de corneas, al personal adjunto y residente de la unidad. Son conocedores que el equipo de enfermería es quien tiene a su disposición en el quirófano 29 de la Unidad de Cirugía sin Ingreso una carpeta con el protocol nuevo, los checklists (Anexo 1) y el diagrama de flujo correspondiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los puntos evaluados han revelado diferentes datos:
• Número de pacientes en los que se implanta endotelio corneal obtenido acorde con el protocolo creado, no se ha encontrado diferencia en el número de pacientes implantados pre y post protocol.
• Duración de extracción de endotelio corneal procedente de córnea donante; antes de implantar el nuevo protocolo la duración media de la extracción era de 15 minutos con 30 segundos, tras implantar el nuevo protocolo esta duración media aumentó a 17 minutos con 40 segundos. Creemos que hay varios factores que han modificado esta duración media, y por lo que hemos observado este tiempo son factores humanos y no de organización o falta de efectividad. La cantidad de personas que realiza este procedimiento ha aumentado, con el protocol antiguo solo había dos cirujanos que lo realizaran. Tras implantar el nuevo hay más personas que lo llevan a cabo, con lo cual el nivel experto se ha visto diluido con lo que se necesita de media más tiempo para cada procedimiento.
• El material necesario para este procedimiento lo prepara enfermería. No ha habido modificaciones antes y después de la implantación del nuevo protocolo, siempre ha sido un 100%, es decir, no ha habido deficiencias en la preparación de dicho material. Un deficiencia que se observó antes de diseñar este nuevo protocolo fue que en el 66% de los procedimientos se necesitaba por parte de los cirujanos material que no estaba en el campo estéril, así en el diseño del nuevo protocolo se incluyeron los materiales que hacía que los cirujanos tuvieran que echarse ellos mismo materiales al campo quirúrgico antes de tener todo para comenzar el procedimiento. Tras la implantación del nuevo protocolo la necesidad de que los cirujanos tengan que echar algo al campo quirúrgico se ha reducido a 0%.
• En el nuevo diseño se modificó un detalle que ahorrará dinero al Sistema público Aragonés de Salud, con la implantación del nuevo protocolo se cuestionó la necesidad de utilizar un bote de microbiología con su correspondiente volante y posterior gestión de la muestra por el laboratorio. La decision final consensuada fue retirar este paso del procedimiento. Además algo que se ha observado es que el ratio de infecciones pre y post protocolo nuevo ha sido el mismo, 0%, con lo que no parece que la nueva manera de trabajar en este procedimiento haya podido afectar de ninguna manera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este Nuevo protocolo ha servido para que tanto cirujanos como el equipo de enfermería tengan un conocimiento más amplio de quién hace qué en este procedimiento y de la secuencia de eventos que ocurre tanto fuera como dentro de quirófano. Ha sido útil para hacer más efectivas las acciones en relación a este procedimiento y para conseguir eliminar elementos innecesarios en este él que cuestan dinero y no añaden una mejora de la calidad percibida por el paciente. Estandarizando y actualizando el protocolo se ha conseguido minimizar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0845

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROTOCOLO DE EXTRACCION DE ENDOTELIO EN CORNEA DONANTE

material que el cirujano necesita fuera del campo quirúrgico, lo cual les hace más autónomos y menos dependientes a la hora de realizar este procedimiento.
En oftalmología la mayoría de las operaciones se hacen a través de un microscópio, se vió que ni los adjuntos ni los residentes de medicina sabían cómo encender o apagar el microscopio, con lo que se ha percibido la necesidad de crear un document gráfico para formarlos y así garantizar que la vida del microscopio vaya a ser más duradera, ya que así no será solo el equipo de enfermería quien se encargue del cuidado de una máquina tan valiosa como es el microscopio. Fuera de la actividad programada de la Unidad de Cirugía sin Ingreso puede surgir alguna incidencia o urgencia y debe ser atendida por personal de enfermería que no pertenece a esta unidad, con lo cual esta formación también les ayudaría a ellos, ya que cuando esto ha ocurrido se ha observado que el microscopio no se ha apagado correctamente.

7. OBSERVACIONES.
LOS ANEXOS 1, 2, 3 Y 4 NOS GUSTARIA INCLUIRLOS PERO NO VEO COMO PODRIAMOS, SI SE PUEDE HACER POR FAVOR COMUNIQUENOSLO. GRACIAS

*** ========== Resumen del proyecto 2019/845 ========== ***

Nº de registro: 0845

Título
SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROTOCOLO DE EXTRACCION DE ENDOTELIO EN CORNEA DONANTE

Autores:
GARCIA GUTIERREZ CRISTINA, ASENSIO AROSTEGUI ROSA, FERRANDIZ MAHIQUES CARMEN, MARIN BENEDI AURORA, SANCHEZ PEREZ ANTONIO, SATUE PALACIAN MARIA, IDOIPE CORTA MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Especificos de Unidad de Cirugía sin Ingreso
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el año 2017 se percibió una pobreza en la estandarización en la preparación del material y en la organización de los recursos físicos y organizativos necesarios para la extirpación y posterior conservación del endotelio corneal necesario para la intervención de queratoplastia endotelial.
La optimización del tiempo requerido para preparar y realizar dicha extracción es vital entre otras cosas, por la minimización del tiempo de extirpación lo que puede reducir considerablemente las posibilidades de infección de un ojo (recipiente de este tejido) transplantado con dicho material biológico. Además esto nos daría como producto más tiempo potencial para otros procedimientos quirúrgicos y en consecuencia una reducción de otras listas de espera quirúrgicas realizadas en la Unidad de Cirugía sin Ingreso.
Desde entonces se ha intentado una colaboración coordinada efectiva entre enfermeras y cirujanos oftalmológicos a través de reuniones informales donde se ponía en común diferentes puntos de vista y soluciones, como el protocolo diseñado en 2018.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la utilización de los recursos tanto materiales como personales.
Garantizar los derechos de los usuarios a una atención efectiva.
Conseguir que todo el personal implicado esté al tanto de dicho protocolo y se cumpla de forma rutinaria.
Reducir el tiempo quirúrgico en este procedimiento en concreto y la incidencia de eventos inesperados.

MÉTODO
Las reuniones con los oftalmólogos de córneas continuarán siendo los viernes durante la jornada de quirófano.
Se ha establecido un diagrama de flujo que se entregará a las enfermeras del quirófano implicado en esta técnica y los oftalmólogos de córneas responsables de la realización de la misma, en este diagrama se reflejará quién es responsable de cada paso y con quién se tiene que comunicar. Esto se distribuirá en marzo del 2019.
Se ha creado un checklist pre y post implementación del protocolo, con lo que desde marzo del 2019 se comenzará a recoger la información, a finales de año (2019) se hará un análisis de los resultados del checklist, lo que nos dará información sobre la eficacia de la implementación de dicho protocolo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0845

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROTOCOLO DE EXTRACCION DE ENDOTELIO EN CORNEA DONANTE

INDICADORES
Cumplimento del protocolo por parte del personal implicado. Objetivo 90%.
Tasa de infecciones postoperatorias relacionadas con la cirugía DMEK
Duración de la extracción del endotelio corneal procedente de córnea donante.

DURACIÓN
Por parte de enfermería:
-Dar a conocer el diagrama de flujo a los oftalmólogos, marzo 2019.
-Modificarlo si es necesario para que se ajuste a la realidad, marzo-abril 2019.
-Recoger la información pertinente en el checklist, todo el año 2019.
Por parte de los oftalmólogos de corneas:
-Recoger la información pertinente en el checklist, todo el año 2019.
-Dar feedback de cambios en la técnica quirúrgica o necesidades materiales, todo el año 2019.
-Recoger información sobre las infecciones relacionadas con el transplante de endotelial relacionadas con cirugía DMEK, todo el 2019.

OBSERVACIONES
Gracias a la experiencia de otros proyectos de calidad en los que nos hemos visto envuelto se cree necesario que la implicación de cada uno de los miembros de este grupo,que aspiran a dar una mejor calidad a nuestros usuarios, sea máxima y se pueda llevar a cabo durante este 2019 de forma rutinaria.

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 - 2019/1512

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES DE RETINA MEDICA MEDIANTE GPS DE LOCALIZACION

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PILAR CALVO PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ MORENO OSCAR
PARDIÑAS BARON MARIA NIEVES
MENDEZ MARTINEZ SILVIA
BARTOL PUYAL FRANCISCO
SIERRA BARRERAS JORGE
GIL RUIZ ROCIO
ARROYO RAMOS ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Confección un protocolo de enfermería
- Formación a todo el personal de enfermería y staff en dicho protocolo, mediante el curso I curso de gestión integral del proceso de la Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE).
- Redacción de un check-list de obligado cumplimiento previo al inicio de la consulta.
- Consensuar con Farmacia, Informática así como enfermería de sala blanca para informatizar los partes quirúrgicos de las inyecciones intravítreas (pendiente de aprobación del último prototipo).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Redacción de un protocolo de enfermería para la preparación de los pacientes de Retina Médica (pendiente de cambios y aprobación por parte de la comisión de calidad de enfermería)
- Confeccionar un check-list para preparar el día anterior la consulta de enfermería pendiente de cambios y aprobación por parte de la comisión de calidad de enfermería)
- Cambiar las agendas para iniciar la consulta con revisiones y no tener las primeras visitas hasta las 11.30am: el cambio será efectivo en las agendas de las consultas de retina médica a partir de abril de 2020.
- Manejo de actuación ante días de alto volumen, con refuerzo a través de personal de enfermería del propio servicio de oftalmología, distribuyendo la actividad de enfermería en oftalmología gracias a la gestión de la coordinadora de enfermería.
- Cambiar la localización de la consulta de pruebas (OCT) para que esté físicamente más cerca de la sala de AV, en la consulta 13, más cercana a la sala de espera (febrero 2020).
- La consulta de visita única (agudeza visual, OCT, examen médico e inyección intravítrea) en una sola visita para el paciente solo se implementará en pacientes que estén más lejos de 60 Km o pacientes reagudizados, en los días que se tenga de disponibilidad del quirófano de salas blancas, ya que no se dispone de la sala todos los días de la semana por razones ajenas al servicio. Actualmente dirección médica está pendiente de aprobar el uso de las salas blancas por parte de oftalmología todos los días de la semana.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente también de la visita del equipo evaluador en febrero 2020 (del 17 al 21) desde Reino Unido que evaluarán los tiempos de consulta con los cambios realizados, así como terminar de implementar los cambios expuestos en el apartado de actividades realizadas y resultados alcanzados mediante el uso de un sistema GPS.

7. OBSERVACIONES.
Se debe tener en cuenta que este acuerdo fue entregado en junio 2019 y que en los tiempos del proyecto para la medición del impacto y de los resultados acaba en junio 2020, como marca en el propio proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1121

1. TÍTULO

PROGRAMA ACOGIDA PERSONAL ENFERMERIA NUEVA INCORPORACION A ONCOLOGIA MEDICA, EDUCACION EN MANEJO DE CITOSTATICOS Y COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS ENTRE UNIDADES (H. DE DIA/HOSPITALIZACION)

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LORENA MORALES HIJAZO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ CASTRO BELEN
GRIMA CAMPOS LAURA
LASALA VILLA MARIA CRISTINA
CRISTOBAL MERCADO CRISTINA
AGUILAR GIMENO RITA
MUÑIO LIDON MARIA SOLEDAD
MAJAN GUERRERO MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año 2019 y siguiendo el calendario prefijado:
1- Se llevaron a cabo 2 sesiones formativas sobre las tareas específicas de la unidad (aspectos teóricos y prácticos) dirigidas al personal de nueva incorporación tanto en la categoría de enfermería como en TCAE.
Al inicio de la formación se pidió que rellenaran un cuestionario con preguntas multi respuesta siendo solo una la correcta. Tras la formación se pidió que lo rellenaran de nuevo, así como la encuesta de satisfacción para poder comparar y valorar si la formación había sido efectiva.
2- Simultáneamente se trabajó, en el caso de enfermería, en la realización de tarjetas tipo kanban con información clave para que el personal de nueva incorporación tuviera un apoyo siempre a mano, complementando la guía de administración de fármacos quimioterapicos que también les entregamos a su llegada (también disponible en la intranet del hospital).
Para el personal TCAE se elaboraron 2 guías cortas, que resumen la información necesaria para desempeñar de manera efectiva las tareas propias de la unidad. Una específica para TCAE de consulta y otra para TCAE de sala.
3- Al mismo tiempo, y debido a la incompatibilidad informática del registro de medicación administrada, se diseñó una gráfica de enfermería que garantizase la continuidad de cuidados desde su paso por hospital de día hasta su ingreso en planta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el personal de enfermería formado el resultado del cuestionario inicial fue 58,3% de aciertos, mejorando hasta el 88,6% tras la formación.
En el caso de TCAE los resultados preformación fueron 69,3% de aciertos, siendo el 88,6% el resultado final.
Presencias: 100% (N=7 enfermeras y N=6 TCAE)
Las respuestas del cuestionario a nivel individual superaron en ambas categorías el 80% que fue el objetivo planteado.
Las tarjetas con información clave se repartieron a todo el personal que tenía que prestar servicios en la unidad independientemente del tiempo de estancia: 100%.
Las encuestas de satisfacción se rellenaron una vez terminada la formación y tras el cumplimiento del cuestionario. La satisfacción fue un 95% en enfermería y un 100% en las TCAE 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con los resultados obtenidos queda evidenciada la importancia de la formación en servicios donde se practican cuidados tan específicos, permitiendo además unificar criterios de actuación con el fin de fomentar la confianza del personal pudiendo centrarse en su trabajo de una manera mas efectiva llegando a proporcionar cuidados más holísticos contribuyendo a garantizar la seguridad del paciente.
La incompatibilidad informática hace que sea necesario el diseño de herramientas que favorezcan la continuidad de cuidados a lo largo del proceso por el que pasa el paciente.
Reconsideramos la opción de implantar el nuevo documento creado para el registro de los cuidados de enfermería y continuidad de los mismos, dado que estamos esperando la instauración del uso de la Historia Clínica Electrónica se establece que en este momento la forma de registrar la administración de fármacos y continuidad de cuidados en pacientes tratados en hospital de día y que requieren posterior ingreso en planta, será en el documento de observación de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1121 ========== ***

Nº de registro: 1121

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1121

1. TÍTULO

PROGRAMA ACOGIDA PERSONAL ENFERMERIA NUEVA INCORPORACION A ONCOLOGIA MEDICA, EDUCACION EN MANEJO DE CITOSTATICOS Y COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS ENTRE UNIDADES (H. DE DIA/HOSPITALIZACION)

Título
PROGRAMA ACOGIDA PERSONAL ENFERMERIA NUEVA INCORPORACION A ONCOLOGIA MEDICA, EDUCACION EN MANEJO DE CITOSTATICOS Y COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS ENTRE UNIDADES (H. DE DIA/HOSPITALIZACION)

Autores:
MORALES HIJAZO LORENA, FERNANDEZ CASTRO BELEN, GRIMA CAMPOS LAURA, LASALA VILLA MARIA CRISTINA, CRISTOBAL MERCADO CRISTINA, AGUILAR GIMENO RITA, MUÑIO LIDON MARIA SOLEDAD, MAJAN GUERRERO MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Enfermería Oncológica debe basarse en estándares de Calidad y Seguridad del paciente, a fin de ofrecer una atención óptima y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos cuidados de enfermería especializados. Para poder ofrecer una atención estandarizada, se hace necesaria la creación de programas de acogida al personal de nueva incorporación, tanto en relación al manejo de citostáticos, como para su administración y eliminación, así como en la continuidad de cuidados del paciente en caso de requerir ingreso durante su tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
- El objetivo principal es el formar adecuadamente al personal tanto de enfermería como TCAE de nueva incorporación al Servicio de Oncología Médica del HUMS.
- Garantizar una asistencia óptima a los pacientes oncológicos evitando errores para garantizar su seguridad, así como reducir el grado de ansiedad generado en el personal al incorporarse al servicio garantizando con ello una mejor acogida.

MÉTODO
- Preparar dos sesiones formativas para el personal de enfermería que incluya:
Sesión 1: Recorrido y dinámica del paciente que acude a tratarse al hospital de día (dirigidas al personal de HD).
Sesión 2: Manejo de fármacos administrados en Oncología, haciendo especial hincapié en aquellos en los que se considere que puedan requerir más complicación de aprendizaje, como actuar en caso de urgencia y/o extravasación (dirigidas al personal de Hospital de día y hospitalización).
- Preparar dos sesiones formativas para el personal TCAE que incluya:
Sesión 1: Funciones generales del personal tanto en hospital de día como en consultas (dirigidas al personal de HD).
Sesión 2: Manejo de citostáticos, eliminación, excretas, derrame… modo de actuación en cada caso (dirigidas al personal de Hospital de día y hospitalización).
- Evaluar el conocimiento adquirido durante las sesiones impartidas al finalizar.
- Diseñar un tríptico/díptico que recoja la información más relevante y que sirva de apoyo para el personal TCAE de Hospital de día.
Realizar una tarjeta de información clave esquematizada para poder dar apoyo en caso de duda al personal de enfermería.
- Diseñar una gráfica de seguimiento del tratamiento quimioterápico, de manera que haya una continuidad de cuidados entre hospital de día y planta de oncología. La enfermera que atiende al paciente registrará en esta gráfica todo tratamiento quimioterápico que se vaya a administrar. Esta gráfica además, se rellenará cada vez que reciba quimioterapia en la planta de oncología para poder llevar un control más específico garantizando la máxima seguridad.
Elaborar una encuesta que deberá completar el personal formado al final del programa para evaluar su grado de satisfacción con el mismo.

INDICADORES
- Sesiones formativas. El indicador será nº de sesiones impartidas/nº de sesiones previstas según destino de trabajo (HD o planta) X 100. El dato se comprobará consultando los registros de las supervisoras. Se considera adecuado que este indicador sea del 80%
- Tríptico informativo, tarjeta informativa y gráfica de tratamiento. Se comprobará que se han realizado consultando a las Supervisoras. El indicador será nº de documentos elaborados/3 x 100. Este indicador deberá

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1121

1. TÍTULO

PROGRAMA ACOGIDA PERSONAL ENFERMERIA NUEVA INCORPORACION A ONCOLOGIA MEDICA, EDUCACION EN MANEJO DE CITOSTATICOS Y COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS ENTRE UNIDADES (H. DE DIA/HOSPITALIZACION)

ser del 100%.
- Encuesta de satisfacción del personal de nueva incorporación (enfermería y TCAE) con la formación y apoyo recibido. Constará de 5 preguntas con 2 opciones: satisfecho/no satisfecho. Se considerará satisfecho el presentar 3 o más respuestas con resultado de satisfecho. El indicador será nº de personal con resultado satisfecho/nº personal total formado x 100. Se considerará un resultado óptimo que el 80% de los asistentes esté satisfecho.
- Evaluación mediante prueba escrita con 10 preguntas y cuatro opciones como respuestas, con una de 1 de ellas correcta, sobre el tema tratado.
El indicador será el nº de preguntas acertadas/ nº total preguntas formuladas x 100. Se considerará un resultado óptimo que el 80% de las preguntas sean correctas de manera individual.

DURACIÓN
1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora. Belén Fernández Castro y Cristina Lasala Villa. Inicio:1/1/19 Fin: 15/04/19
2. Preparación de las sesiones (contenido, personal docente). Laura Grima Campos. Rita Aguilar Gimeno, Belén Fernández Castro, Lorena Morales Hijazo, Mª Soledad Muñío Lidón y Mar Majan Guerrero. Inicio: 1-1-19 Fin: 31-3-19
3. Elaboración de las tarjetas y trípticos.
   Tarjetas: 1º semestre 2019 Responsable: Laura Grima Campos y Lorena Morales Hijazo.
   Tríptico: 1º semestre 2019 Responsable: Belén Fernández Castro, Mª Soledad Muñio Lidon y Mar Majan Guerrero
4. Elaboración de la gráfica de fármacos.
   1º semestre 2019 Responsable: Cristina Lasala Villa y Cristina Cristobal Mercado.
5. Impartir sesiones formativas y Evaluación: 16-4-19 al 31-12-19. Laura Grima Campos. Rita Aguilar Gimeno, Belén Fernández Castro Lorena Morales Hijazo, Mª Soledad Muñio Lidon y Mar Majan Guerrero.
6. Evaluar satisfacción: Lorena Morales Hijazo.

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 - 2019/1175

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE ..... IÑAKI ALVAREZ BUSTO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTON TORRES ANTONIO
ORTEGA EUGENIA
LASALA VILLA MARIA CRISTINA
FERNANDEZ CASTRO BELEN
PEREZ ISABEL
TARAZONA MARTA
GURRUTXAGA SOTES IBON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2019 y de acuerdo con el calendario prefijado se han elaborado dos documentos (hoja informativa y tarjeta) para pacientes en tratamiento inmunoterápico que están disponibles para su uso en la intranet del servicio y se reparten de forma habitual en las consultas.
También se han realizado las dos sesiones formativas en inmunoterapia para personal no médico, los días 20 y 22 de Noviembre de 2019
Finalmente, se han identificado los pacientes en tratamiento con inmunoterapia a través del programa informático de farmacia Hospiwin pero todavía no se han empezado a introducir en el registro, lo que esperamos hacer en los próximos meses.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Documentos pacientes: confirmación, al final del proyecto, de que se han elaborado los dos documentos (hoja informativa y tarjeta) y que están disponibles para su uso consultando la intranet del Servicio. CUMPLIMENTADO 100%. Los documentos están ya en la intranet del servicio y se reparten de forma habitual en las consultas.

2.Formación personal no médico: Número de sesiones formativas en inmunoterapia organizadas/año. El objetivo es realizar al menos dos. CUMPLIMENTADO 100%. Se han realizado dos sesiones formativas (los días 20 y 22 de Noviembre de 2019

3. Creación registro pacientes que reciben inmunoterapia. Se comprobará consultando el número de tratamientos prescritos mediante el programa informático HOSPIWIN y el número de registros realizados en el Servicio donde deberá existir un excell con el listado.
Se han identificado los pacientes a través del programa informático de farmacia Hospiwin pero todavía no se han empezado a introducir en el registro, lo que esperamos hacer en los próximos meses. CUMPLIMENTACIÓN: 50%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han conseguido los objetivos fundamentales del proyecto el cual además ha tenido una muy buena acogida por parte del resto de integrantes del Servicio quienes han valorado la iniciativa muy positivamente por lo que en el equipo de mejora estamos satisfechos. Ha quedado pendiente, aunque confíamos en poder ponerlo en marcha en los próximos meses, la creación del registro de pacientes que reciben tratamiento con inmunoterapia aunque sí tenemos identificados a los pacientes gracias al programa de prescripción farmacológica Hospiwin. A lo largo de este año tenemos intención de elaborar un nuevo programa, continuación de el presente, para seguir mejorando la calidad asistencial de estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1175 ========== ***

Nº de registro: 1175

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA A PACIENTES CON CANCER QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

Autores:
ALVAREZ BUSTO IÑAKI, ANTON TORRES ANTONIO, ORTEGA EUGENIA, LASALA VILLA MARIA CRISTINA, FERNANDEZ CASTRO BELEN, PEREZ ISABEL, TARAZONA MARTA, GURRUTXAGA SOTES IBON

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1175

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En los últimos años se están produciendo importantes avances en el conocimiento del cáncer lo que está condicionado cambios en sus tratamientos. En especial, se ha implantado la inmunoterapia la cual ha demostrado ser eficaz en una gran variedad de tumores y cuyas indicaciones siguen aumentando año tras año.
Su incorporación a nuestro arsenal terapéutico con su diferente y específico mecanismo de acción ha supuesto un reto no sólo ya para los Oncólogos sino también para los pacientes ya que sus efectos adversos difieren de los de otros tratamientos disponibles tales como la quimioterapia. Estos efectos adversos son en su mayoría leves pero ocasionalmente pueden ser graves e incluso mortales por lo que su pronta identificación y tratamiento específico son esenciales.
El reconocimiento precoz y manejo óptimo de estos efectos adversos es imprescindible para que la balanza riesgo-beneficio resulte favorable.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo final del proyecto es la creación de mecanismos que garanticen un adecuado manejo de los efectos adversos de los pacientes oncológicos que reciben tratamiento con inmunoterapia en el Servicio de Oncología Médica del HUMS de Zaragoza y preserven su seguridad. En el mismo se van a implicar los Oncólogos, las Enfermeras tanto de hospital de día como de hospitalización así como a las Coordinadoras de ensayos clínicos.

MÉTODO
Las acciones previstas son:

1- Documentos pacientes:
- Elaboración de una hoja de información sobre los efectos adversos inmunorelacionados que se entregará a todo paciente que reciba tratamiento con inmunoterapia en nuestro Servicio. En la misma se le indicarán unas pautas básicas de actuación ante la aparición de alguno de ellos así como el teléfono de contacto de la consulta de enfermería de hospital de día para que lo emplee en caso necesario.

- Creación de una tarjeta identificativa de tamaño cartera que se entregará a los pacientes en la que se especificará el tipo concreto de esquema de tratamiento que lleva así como breve recordatorio de los efectos adversos más frecuentes que puede presentar. Se añadirá también una pauta de tratamiento que se podría indicar en un Servicio de Urgencias en caso de toxicidad grave y/o amenazante para la vida.

Cuando estén elaborados y validados por todo el Servicio ambos documentos se colgarán en la intranet del Servicio.

2- Formación en efectos adversos inmunorrelacionados a todo el personal no médico del Servicio para su mejor conocimiento y así aumentar las posibilidades de detección precoz y tratamiento en grados más leves de los mismos.

3-Creación de un registro de pacientes en tratamiento con inmunoterapia con el fin de poder analizar en el futuro los datos de toxicidad y eficacia en la práctica asistencial habitual y ver si se ajustan a los estándares de los ensayos clínicos.

INDICADORES
- Documentos pacientes: confirmación, al final del proyecto, de que se han elaborado los dos documentos (hoja informativa y tarjeta) y que están disponibles para su uso consultando la intranet del Servicio.

- Formación personal no médico: Número de sesiones formativas en inmunoterapia organizadas/año. Esto se comprobará consultando el registro de sesiones del Servicio. El objetivo es realizar al menos dos.

- Creación registro pacientes que reciben inmunoterapia. Se comprobará consultando el número de tratamientos prescritos mediante el programa informático HOSPIWIN y el número de registros realizados en el Servicio donde deberá existir un excell con el listado.

- Recogida de datos mínimos de cada uno de los pacientes registrados: El objetivo será que al menos esten reflejados los siguientes datos: nombre, número de historia clínica, edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal, tipo de tumor, estadio, indicación del tratamiento (adyuvancia, nº de línea de enfermedad metastásica), fármaco/s empleados, recursos hospitalários utilizados: visitas a Urgencias y número de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1175

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

ingresos hospitalários por toxicidad.

- Los indicadores serán:
- Nº de pacientes registrados / Nº pacientes totales tratados con inmunoterapia x 100. Se considerará un buen estandar que se registre prospectivamente el 80% de los casos tratados.
- nº campos completados del registro / nº campos totales x 100. Se considerará un buen estándar que estén completados al menos el 80% de los datos.

DURACIÓN
- Documentación pacientes: Dra. Ortega, Dr. Gurrutxaga, Dr. Álvarez, Cristina Lasala Villa, Belén Fernández, Isabel Pérez, Dr. Antón. Inicio 1-1-19 Fin: 30-4-19.

- Sesiones formativas: Dra. Ortega, Dr. Gurrutxaga, Dr. Álvarez, Dr. Antón. Inicio: 1-5-9. Fin: 31-12-19.

- Registro: Marta Tarazona, Dr. Gurrutxaga. Dra. Ortega, Dr. Álvarez, Dr. Antón. Inicio: 1-1-9. Fin: 31-12-19.

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 - 2019/0378

1. TÍTULO

COMO FACILITAR AL NIÑO EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO: UNA PEQUEÑA MEJORA QUE APORTA MUCHO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR PUERTAS VALIÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA AGUILERA CRISTINA
CERROLAZA PASCUAL MARIA
ESCUIN TRONCHO CECILIA
PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA
SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR
GASCON FERRER MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con la finalidad de conseguir los fondos necesarios para nuestro proyecto se presentó una solicitud a ASPANOA en la
convocatoria que esta entidad lanza para financiar proyectos de investigación, formación y humanización que aumenten
la calidad asistencial en la Oncopediatría aragonesa.

Una vez aceptado nuestro proyecto, se firma un acuerdo de colaboración entre ASPANOA y el H. Miguel Servet, para la colocacion de la TV antes de finales del verano 2019.
El 21/9/19 se realiza la colocación por parte de una empresa externa del aparato de TV dentro de uno de los aceleradores.
La segunda TV se guarda con el objetivo de colocarla en el nuevo bunker para el acelerador donado por la fundación de Amancio Ortega,actualmente en construcción en nuestro hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras varias varias intervenciones por parte del equipo técnico de montaje de la televisión con el fin de conseguir una adecuada colocación en la sala de tratamiento, sin interferir con los espacios necesarios para la adecuada aplicación de la irradiación y giros del cabezal y mesa del acelerador, en la actualidad, está funcionante principalmente para la población infanto-juvenil y algún paciente adulto, con películas y música grabadas en un puerto USB.

A traves de ASPANOA se nos han facilitado DVDs para poder proyectar, al mismo tiempo que ante cualquier avería, ellos se han encargado de ponerse en contacto con la empresa de montaje para su reparación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto nos ha permitido poner de manifiesto que una medida sencilla y con un coste
bajo es suficiente para mejorar la calidad de asistencia a nuestros pacientes y para mejorar la percepción y aceptación de un tratamiento como la radioterapia, que de entrada es un tratamiento desconocido y poco agradable para el paciente oncológico. Igualmente, el coste de la intervención (instalación de las TVs) nos ha permitido un ahorro importante tanto en recursos materiales, como tiempo y personal, al evitar en el caso de los niños más pequeños, la necesidda de anestesia para las sesiones diarias de Radioterapia, que en algunos casos, llega a ser de más de 30 días.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/378 ========== ***

Nº de registro: 0378

Título
COMO FACILITAR AL NIÑO EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO: UNA PEQUEÑA MEJORA QUE APORTA MUCHO

Autores:
PUERTAS VALIÑO MARIA MAR, GARCIA AGUILERA CRISTINA, CERROLAZA PASCUAL MARIA, ESCUIN TRONCHO CECILIA, PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL, MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR, GASCON FERRER MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0378

1. TÍTULO

COMO FACILITAR AL NIÑO EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO: UNA PEQUEÑA MEJORA QUE APORTA MUCHO

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El cáncer sigue siendo la causa más frecuente de fallecimiento por enfermedad en el periodo comprendido entre el año y los 14 años de vida. España se sitúa en el contexto europeo occidental, con unas cifras de incidencia cercanas a los 900 nuevos diagnósticos anuales (de 0 a 14 años).
En la mayoría de los tumores sólidos infantiles, el tratamiento multimodal del cáncer asocia cirugía y radioterapia para conseguir el control local del tumor y la quimioterapia para erradicar la enfermedad sistémica.
Una premisa básica en el tratamiento de radioterapia es maximizar la dosis en el tumor, minimizándola en los tejidos sanos y esto adquiere mayor importancia y trascendencia en la irradiación de población pediátrica. Por tanto, es de gran importancia la mejora del posicionamiento y de la inmovilización durante el tratamiento.
El paciente ha de permanecer en una posición concreta, en ocasiones en una posición poco cómoda, sin moverse en cada sesión, durante un tiempo que en ocasiones llega a ser de más de 30 o 40 minutos.
En nuestro centro iniciamos la irradiación con regularidad de pacientes pediátricos en 2012/13. Desde entonces, hemos ido avanzando en la búsqueda del máximo confort para el paciente pediátrico, minimizando el stress que el tratamiento pudiera producirle.
Es importante llamar la atención sobre el tiempo de duración del tratamiento de radioterapia en los niños: el empleo de IGRT diaria previa al tratamiento para asegurar una irradiación lo más precisa posible y ajustada al volumen a tratar es fundamental. Por tanto, desde el empleo de música, cuenta cuentos y actualmente la visualización de películas, hemos conseguido disminuir el uso de anestesia para la aplicación del tratamiento, al mismo tiempo que nos ha permitido el empleo de sistemas de inmovilización que aumentan la precisión a la hora de la administración del tratamiento.
Nuestra gran mejora llegó con el empleo de un DVD portátil, que asociado a un proyector nos permite visualizar películas infantiles (DVDs aportados por nuestros conocidos y amigos) durante la sesión de radioterapia. El niño fija su atención en algo que le gusta, de modo que es capaz de mantener la postura establecida, y el tiempo se le pasa más rápido. Asociado a este hecho, el estar más entretenidos, nos permite el empleo de diversos sistemas de inmovilización como el Body-Fix .

RESULTADOS ESPERADOS
Aunque estamos orgullosos y satisfechos con el beneficio obtenido con este sistema, tenemos problemas en cuanto a la inestabilidad de su colocación, la facilidad con que puede ser golpeado por estar colocado a nivel de los mandos del acelerador, la limitación de calidad de la imágenes proyectadas y el hecho de sólo poder reproducir DVDs que son básicamente infantiles.

El objeto de este proyecto es solicitar la colocación de una televisión grande de 55 pulgadas en cada una de salas de los aceleradores donde tratamos a esta población pediátrica.
La colocación de la TV con un soporte desde el techo, no afectaría a la estructura de blindaje de los aceleradores, y nos permitiría a través de un puerto USB la reproducción de películas o videos musicales, más adaptados a las distintas edades de pacientes: niños, adolescentes...

Evidentemente, todos los pacientes se beneficiarían de su instalación, pudiendo estar distraidos durante la sesión de radioterapia, disminuyendo los movimientos involuntarios y el estrés que inevitablemente la situación les provoca.

MÉTODO
Con la finalidad de conseguir los fondos necesarios para nuestro proyecto se presentó una solicitud a ASPANOA en la convocatoria que esta entidad lanza para financiar proyectos de investigación, formación y humanización que aumenten la calidad asistencial en la Oncopediatría aragonesa.
Una vez aceptado nuestro proyecto, se firma un acuerdo de colaboración entre ASPANOA y el H. Miguel Servet.

INDICADORES
Utilizaremos como indicadores:
1. Ajuste a los tiempos indicados por el compromiso adquirido respecto al inicio del proyecto y tiempo hasta la puesta en marcha de la nueva TV.
2. Plan de trabajo con la empresa encargada del montaje.
3. Grado de satisfacción del paciente: encuesta de satisfacción.
4. Porcentaje de pacientes en los que evitamos anestesias para el tratamiento de radioterapia.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0378

1. TÍTULO

COMO FACILITAR AL NIÑO EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO: UNA PEQUEÑA MEJORA QUE APORTA MUCHO

Está prevista la instalación de la primera TV durante el verano 2019 o antes si se dan las circunstancias oportunas. La segunda TV se instalará coincidiendo con la instalación del nuevo acelerador.

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 - 2019/0427

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 27/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL
CAMPOS BONEL ARANTXA
GASCON FERRER MARINA
CORRAL DELGADO SARA
VALTUEÑA PEYDRO GERMAN
GARCIA GIMENO BLANCA
PUEYO PODEROS ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades realizadas:
Creación de grupo de trabajo ISO
Revisar logo UCMORA
REV de CI y Opinión de pacientes respecto a CI
Mapa de UCMORA
Cronograma de actividades con lista de actividades para programar la ampliación de la certificación.

Para ello se han realizado las siguientes reuniones de trabajo:
29 -03-2019 1ªReunión en salud
26-06-2019 2º Reunión en SALUD
20-10-2019 Formación ISO
09/08-10-2019 Reunión del grupo de trabajo ISO
17/27-11-2019 Reunión del grupo de trabajo ISO
17-12-2019 Reunión del grupo de trabajo ISO

A lo largo del 2019 se ha creado el grupo de trabajo ISO entre ambas sedes con colaboración de médicos enfermeras y técnicos.
Se ha modificado el mapa de procesos ampliandolo a UCMORA.
Hemos revisado, actualizado y unificado los consentimientos informados de UCMORA, pendiente de colgar en intranet.

Documentación revisada y actualizada de Procedimientos Operativos e instrucciones:
PO-01_SA(E)_ORT CIT CITACIÓN
PO-02_SA(E)_ORT EVAL EVALUACIÓN INICIAL Y DECISIÓN TERAPEUTICA
PO-03_SA(E)_ORT BQ LDR BRAQUITERAPIA
PO-04_Z2(E)M_RT RADIOTERAPIA EXTERNA
PO-05_SA(E)_ORT SUP RADIOTERAPIA SUPERFICIAL
PO-06_Z2(E)M_RT DERIVACIÓN
PO-11_SA(E)_ORT RIO MAMA PROCEDIMIENTO OPERARIVO DE RIO EN CANCER DE MAMA.doc
PO-12_SA(E)_ORT BQ GINE PROCEDIMIENTO OPERARIVO DE BRAQUITERAPIA GINECOLOGICA.doc
PO-13_SA(E)_ORT BQ CERVIX BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO
PO-14_SA(E)_ORT HOP PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN HOP
PO-15_SA(E)_ORT H. ALCAÑIZ PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN H. Alcañiz
PO-16_SA(E)_ORT H. SAN JORGE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN H. San Jorge
IT-35_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC EXTREMIDADES.doc
IT-36_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC MAMA.doc
IT-37_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR.doc
IT-38_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC PROSTATA.doc
IT-39_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC PULMON Y MEDIASTINO.doc
IT-40_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC RECTO.doc
IT-41_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC GINECOLOGICOS.doc
IT-42_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC COLUMNA CERVICAL.doc
IT-43_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC COLUMNA DORSAL.doc
IT-44_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC COLUMNA LUMBAR.doc
IT-45_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION TECNICA RIO MAMA.doc
IT-46_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC CABEZA Y CUELLO[1]
IT-47_SA(E)-HUMS_ORT ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC SNC.doc

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha iniciado el proceso hacia la certificación en UNE en ISO 2015 de la Unidad Clínica de Oncología Radioterápica de Aragón.
Alcanzando los objetivos propuestos para el 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0427

1. TÍTULO

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aspectos positivos a destacar:
1- Se han establecido unas bases de comunicación para conocer los procedimientos de trabajo de ambos hospitales.
2- Hemos elaborado procedimientos operativos e instrucciones comunes adaptadas a cada una de las sedes de UCMORA.
3- Se ha desarrollado un feed-back entre los distintos profesionales, intentando mejorar flujos de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/427 ========== ***

Nº de registro: 0427

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

Autores:
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL, CAMPOS BONEL ARANTXA, GASCON FERRER MARINA, CORRAL DELGADO SARA, VALTUEÑA PEYDRO GERMAN, GARCIA GIMENO BLANCA, PUEYO PODEROS ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Acercamiento del especialista a

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

PROBLEMA
La nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (Resolución publicada en BOA del 20/11/17), justifica su creación en base a los modelos organizativos de servicios compartidos con gestión multihospitalaria que se benefician de un valor añadido al concentrar los recursos para una mejor gestión de la atención sanitaria, y de este modo es posible obtener economías de escala y la prestación de técnicas específicas únicas, favoreciendo al mismo tiempo el acceso a la tecnología y la incorporación de recursos e innovación.
La nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA) incorpora la plantilla médica de los dos anteriores servicios, y tiene una dependencia orgánica de la Gerencia del Hospital Universitario Miguel Servet. Por otra parte, con fecha 28 de febrero de 2018 se publicó una Resolución de la Dirección General de Asistencia Sanitaria por la que se dictan instrucciones para la atención a los pacientes que precisen tratamiento de Oncología Radioterápica. Atendiendo a esta Resolución la especialidad de Oncología Radioterápica deberá estar presente en todos los hospitales de Aragón que tengan Comités de Tumores, participando activamente en ellos y realizando las indicaciones del tratamiento más adecuado para cada paciente.
Este acuerdo de gestión cuatrienal tiene como misión definir las actuaciones, recursos, e indicadores que permitan poder alcanzar los objetivos propuestos en el Plan Operativo de la creación de la Unidad, y en la resolución anteriormente mencionada dela Dirección General de Asistencia Sanitaria

RESULTADOS ESPERADOS
La sede del HUMS se encuentra certificada en UNE ISO 9001 desde 2012.
El objetivo desde esta nueva andadura como nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Aragón, es ampliar la certificación de gestión de la calidad UNE en ISO 9000 a la sede del HCU.

MÉTODO
1. 1º Reunión entre las unidades de Calidad de ambos Hospitales HCU y HUMS tutelados por la Unidad de Calidad del SALUD
2. 2º Unificación de consentimientos informados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0427

1. TÍTULO

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

3. Realización del mapa de procesos de UCMORA
4. Desarrollo y unificación de procedimientos generales de ambos sectores
5. Desarrollo de procedimientos operativos en la sede del HCU.

INDICADORES
Indicador 1 que el 100% de los CI estén unificados a lo largo de 2019.
Indicador 2 que este realizado el Mapa de procesos de UCMORA en Dic de 2019 con el diseño de Procedimientos operativos.

DURACIÓN
El plazo para poder alcanzar la certificación sería de 2 años.
? 1º semestre de 2019 unificación de CI
? 2ª semestre de 2019 adecuación de los procedimientos operativos/ generales con indicadores
? 1º semestre de 2020 análisis de riesgos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0429

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE ..... MARINA GASCON FERRER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ CARRERAS REYES
ESCUIN TRONCHO CECILIA
PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR
GARCIA AGUILERA CRISTINA
PARDO SUS ALIDA
SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR
TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Asistencia por parte de los Oncólogos Radioterápicos especializados en cáncer de mama a los distintos centros periféricos, tanto para asistir a los Comités de Tumores de Mama como para la realización de la actividad asistencial programada (primeras visitas y consulta de revisión).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En Hospital Obispo Polanco de Teruel se ha comenzado actividad en abril de 2018, valorándose hasta la fecha 88 pacientes con cáncer de mama, de las cuales 22 pacientes se han tratado con Radioterapia Intraoperatoria en el mismo centro y 66 con Radioterapia Externa Hipofraccionada.

En Hospital de Alcañiz se ha iniciado actividad en junio de 2018. Se han valorado hasta la actualidad 75 pacientes con cáncer de mama de las cuales 11 se han tratado con Radioterapia Intraoperatoria en el propio centro y 64 con Radioterapia Externa Hipofraccionada.

En Hospital de Huesca se ha iniciado actividad en enero de 2019, habiéndose valorado hasta la fecha 93 pacientes con ca de mama, de las cuales 11 se han tratado con Radioterapia Intraoperatoria en el mismo centro y 82 con Radioterapia Externa.

Todas las pacientes tratadas con Radioterapia Externa han recibido esquema Hipofraccionado.

Se han visitado en total 256 pacientes con ca de mama en centros periféricos, de las cuales 44 pacientes se han podido tratar en mismo centro con Radioterapia Intraoperatoria, evitando desplazamientos a centro de referencia en Zaragoza.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde el inicio de la actividad en abril de 2018 se ha conseguido ofrecer una atención multidisciplinar de calidad y un acceso equitativo a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama permitiendo disminuir la variabilidad en la indicación de radioterapia y su infrautilización secundaria a factores geográficos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/429 ========== ***

Nº de registro: 0429

Título
DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

Autores:
GASCON FERRER MARINA, IBAÑEZ CARRERAS REYES, ESCUIN TRONCHO CECILIA, PUERTAS VALIÑO MARIA MAR, GARCIA AGUILERA CRISTINA, PARDO SUS ALIDA, SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR, TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0429

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Dentro de las Estrategias y proyectos de atención oncológica en Aragón: Unificación servicios y unidades de referencia. En 2017 tuvo lugar la unificación de los Servicios de Oncología Radioterápica. La creación de la Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica (OR) de Aragón (UCMORA) permite la gestión de una cartera de servicios común. La distancia entre los dos centros donde se concentra la tecnología disponible y que forman parte de la Unidad Clínica propuesta en Zaragoza (M.Servet y Clínico) permite la prestación de dicha cartera de servicios en los dos hospitales y dirigido a toda la población aragonesa.

RESULTADOS ESPERADOS
Uno de los objetivos de UCMORA es la disminución de la variabilidad clínica en el ttº local del cáncer de mama. El tratamiento estándar en el cáncer de mama precoz es la cirugía conservadora seguida de Radioterapia. Se ha observado
que en aquellos centros que no disponen de Oncólogo Radioterápico, la tasa de mastectomía es más elevada. La mayor accesibilidad a la Radioterapia permitirá aumentar la tasa de cirugía conservadora en el cáncer de mama precoz. Otro
objetivo es estandarizar la Radioterapia Externa en cáncer de mama mediante técnicas de Hipofraccionamiento (equivalente en cuanto a control local y toxicidad al fraccionamiento clásico), permitiendo disminuir el número de sesiones de Radioterapia con impacto en la calidad de vida de las pacientes.
El paso inicial y necesario es la realización de un movimiento centrífugo hacia los Hospitales de la CA, y cuyo objetivo es acercar al experto. Se trata de un proyecto de implantación de la especialidad en la cartera de servicios de todos los hospitales de la CA de Aragón. Debemos hacer especial hincapié en aquellos centros donde existe Comité de Tumores, como son Teruel, Alcañiz y Huesca donde ya están creadas las unidades funcionales desde mayo y junio de 2018 respectivamente y desde febrero de 2019 en Huesca, con el fin de ofrecer una atención multidisciplinar de calidad y un acceso equitativo a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que permita disminuir la variabilidad en la indicación de radioterapia y su infrautilización secundaria a factores geográficos.
Objetivo 1: - Presencia del Oncólogo radioterápico en los Comités de Tumores. Asistencia a los Comités de Mama de cada centro.
Objetivo 2: - Presencia del Oncólogo radioterápico en la actividad asistencial. Atención de primeras visitas y revisiones. Se planifican las revisiones conjuntamente con Oncología Médica al objeto de disminuir el número de visitas sucesivas innecesarias.
Objetivo 3: - Consensuar las indicaciones de Radioterapia en los distintos estadios del cáncer de mama entre todos los oncólogos radioterápicos implicados en el ttº del cáncer de mama mediante la elaboración de un protocolo conjunto. Todas las pacientes subsidarias de tratamiento radioterápico se presentan en sesión clínica para sentar la indicación más adecuada para cada paciente.
Objetivo 4: - Elaboración del Procedimiento Operativo de Atención a las pacientes de cáncer de mama en la Comunidad Autónoma de Aragón. UNE-EN-ISO-9001. Este modelo nos va a permitir conocer la realidad: el número de pacientes candidatos a radioterapia evitando tanto la infraindicación por cuestiones de distancia como evitar la derivación a centros privados de técnicas especiales asumibles por UCMORA. Estimamos que en este primer año el número de pacientes valorados alcanzará los 250 pacientes.

MÉTODO
-Asistencia por parte de los Oncólogos Radioterápicos especializados en cáncer de mama a los distintos centros periféricos, tanto para asistir a los Comités de Tumores de Mama como para la realización de la actividad asistencial programada. -Presentación de los casos de cáncer de mama valorados en los centros periféricos en sesión clínica diaria donde se indique el tratamiento más óptimo para cada paciente.

INDICADORES
Nº pacientes con cáncer de mama remitidas a los centros periféricos (Alcañiz, Teruel y Huesca) / nº pacientes con cáncer de mama subsidiarias de Radioterapia. Nº pacientes tratadas con Radioterapia Hipofraccionada / Nº pacientes subsidiarias de Radioterapia Externa.

DURACIÓN
Inicio de la actividad en Hospital de Teruel en mayo de 2018, en Hospital de Alcañiz en junio de 2018 y en Hospital de febrero de 2019 con periodicidad semanal. Se evaluarán anualmente los indicadores y objetivos conseguidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0429

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

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 - 2019/0431

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS PERTENECIENTES AL ÁREA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ARANTXA CAMPOS BONEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALAN CERRATO NIEVES
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA
VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO
MIRANDA BURGOS ANABELA
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA
IBAÑEZ CARRERAS REYES
TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante todo el año 2019, un facultativo especialista en oncología radioterápica perteneciente Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA) a la se ha desplazado semanalmente (los martes) al Hospital de Alcañiz en el horario comprendido entre 8:30 – 17:00 horas para realizar las siguientes actividades:

1. Participación en subcomités del Hospital, principalmente en el comité de mama del hospital de Alcañiz celebrado todos los martes a las 8:40 horas.
2. Consulta de primera visita en oncología radioterápica, donde se realiza una valoración del paciente subsidiario de tratamiento con radioterapia, se ofrece el mejor y más adecuado tratamiento con radioterapia externa con sus diferentes técnicas u otras modalidades como son la radioterapia superficial o la braquiterapia. Se explica la indicación del mismo, así como sus beneficios y efectos secundarios y funcionamiento del servicio.?
3. Consulta de seguimiento del paciente que ha recibido tratamiento radioterápico, conjuntamente con oncología médica o los servicios responsables del paciente para evaluar toxicidad aguda y crónica del tratamiento, respuesta y evolución de la enfermedad. Se incluyen aquellos pacientes que inician el proceso en este año, como aquellos pacientes que estando en seguimiento en las diferentes sedes de Zaragoza, solicitan continuar revisiones en el Hospital de Alcañiz.
4. Valoración de pacientes ingresados en el Hospital de Alcañiz que requieren de tratamiento con radioterapia de carácter urgente o preferente.
5. Acercamiento de la especialidad de oncología radioterápica a otros especialistas, ofreciendo un acceso directo para comentar aquellos casos complejos y que requieran de una decisión multidisciplinar.
6. Se ha participado en programas de Focuss y de formación continuada del personal sanitario del Hospital de Alcañiz, dando a conocer la especialidad y mostrar el circuito de trabajo.

Los recursos empleados son:
Un facultativo especialista en oncología radioterápica con posibilidad de desplazarse.
Un espacio físico donde llevar a cabo la consulta, durante este año el servicio de oncología médica nos ha cedido la consulta del hospital de día del Hospital de Alcañiz.
Se ha creado una agenda del servicio de oncología radioterápica en el Hospital de Alcañiz que comprende desde las 10 horas hasta las 16:45 horas, donde se incluyen las primeras visitas y revisiones.
Personal de enfermería y administrativo para la citación de los pacientes, tanto las hojas de consulta de las primeras visitas como los pacientes que solicitan revisión.

Para el adecuado registro de todos los pacientes valorados como primera visita y dar entrada en el flujo de trabajo del servicio, se abre un número de historia propio de UCMORA, que consiste en los dos últimos dígitos del año en curso, la inicial de la población del hospital y nº de paciente, por ejemplo: 19A/001.

Además, se ha realizado un registro en una base de datos Excel de los pacientes valorados en la que se reflejaran los siguientes datos: nombre y apellidos del paciente, nº de historia General, nº de historia de UCMORA, localización tumoral, indicación de radioterapia y centro de derivación para la administración de radioterapia.
El facultativo que se desplaza a la consulta del Hospital de Alcañiz, crea un episodio de oncología radioterápica en la historia clínica electrónica a todos los pacientes valorados en consulta de primer día y seguimiento, donde se adjunta un informe y comentarios de la evolución de la enfermedad, que será accesible para todos los especialistas de cualquier sede hospitalaria de UCMORA, así como para el los demás especialistas y a atención primaria.
Una vez finalizado el tratamiento con radioterapia en las sedes de UCMORA, el paciente se cita en la consulta de seguimiento del Hospital de Alcañiz; para ello se ha elaborado un informe que se entrega el día de la última sesión de radioterapia, donde se facilitan los datos de donde debe citarse y el teléfono en caso de no poder ir en persona, así como, la fecha aproximada de revisión en función del protocolo establecido en cada una de las patologías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0431

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS PERTENECIENTES AL ÁREA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

1. Nº de pacientes remitidos a la consulta de ORT del HA / Nº de pacientes subsidiarios de radioterapia en HA.
El objetivo es que el 90% de los pacientes sean valorados en consulta de Oncología Radioterápica del Hospital de Alcañiz.
El objetivo marcado fue 150 pacientes. Durante el año 2019 se han valorado 131 pacientes como primera visita en la consulta de oncología radioterápica del Hospital de Alcañiz, es decir el 87% de los pacientes subsidiarios de tratamiento con radioterapia. La causa de no haber llegado a esta cifra es el desconocimiento por parte de los facultativos de otras especialidades de la existencia de este proyecto durante los primeros meses y por tanto, se derivaban a los pacientes directamente a su hospital de referencia de Zaragoza. Una vez realizada una correcta difusión de la implantación de esta consulta, se ha resuelto este punto.
2. Nº de pacientes devueltos tras finalización de radioterapia para seguimiento en HA / Nº total de pacientes tratados en UCMORA.
El objetivo es que el 90% de los pacientes continúen su seguimiento en consulta de ORT de HA.
En la consulta de seguimiento se han valorado 184 pacientes. El 100% de los pacientes han continuado seguimiento en el Hospital de Alcañiz tras finalizar el tratamiento de radioterapia.
De los pacientes tratados antes del 2019 en UCMORA, 35 de ellos, han solicitado continuar seguimiento en la consulta de oncología radioterápica del Hospital de Alcañiz.

El proyecto ha supuesto un impacto positivo en la calidad de los tratamientos en los pacientes oncológicos pertenecientes al Hospital de Alcañiz debido a que el acercamiento del especialista permite una mejor indicación del tratamiento seguimiento se han valorado 184 pacientes. El 100% de los pacientes han continuado seguimiento en el Hospital de Alcañiz tras finalizar el tratamiento de radioterapia. Además, se ha evitado el desplazamiento del paciente a Zaragoza para realizar estas consultas y en consecuencia, menor interrupción de la vida diaria de pacientes y familiares.

Fuente de obtención: Indicadores de calidad en oncología radioterápica, SEOR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El personal sanitario del Hospital de Alcañiz valora positivamente el acercamiento del especialista de Oncología Radioterápica, ya que permite una mejor valoración multidisciplinar de los casos clínicos oncológicos y mayor conocimiento de la especialidad por parte de los demás facultativos, tanto del hospital como de los centros de atención primaria.

Los pacientes se sienten agradecidos de evitarse el desplazamiento para las consultas, ya que en muchos casos no tiene medios para desplazarse hasta Zaragoza y en la primera visita se gestiona la solicitud de transporte para las sesiones de tratamiento con radioterapia. Valoran muy positivamente el acercamiento del especialista, que les permite tener un acceso más fácil y rápido en caso de requerir consulta por una complicación derivada del tratamiento o proceso oncológico.

Para lograr la integración total del especialista en oncología radioterápica en el Hospital de Alcañiz, queda pendiente encontrar el método más adecuado para poder participar en los comités multidisciplinares que se realizan en días distintos al que se desplaza el facultativo de oncología radioterápica.

Para la sostenibilidad del proyecto y poder continuar durante los próximos años, se requiere de más personal facultativo para llevar a cabo la consulta, ya que debido al desarrollo tecnológico son cada más los pacientes candidatos a tratamiento radioterápico.
Se requiere de un espacio propio para realizar la consulta semanalmente y así no tener que hacer uso de la consulta del hospital de día. Se requiere de personal de enfermería para los cuidados necesarios durante el tratamiento y personal administrativo para las citaciones.

Como conclusión, remarcar que este proyecto ha permitido reducir la variabilidad en la práctica clínica del paciente oncológico sin pérdida de especialización. Supone un aumento del bienestar a los pacientes y beneficio económico al reducir los gastos. Proporciona proximidad, equidad y accesibilidad a todos nuestros pacientes independientemente de la zona donde residan.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/431 ========== ***

Nº de registro: 0431

Título
ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
CAMPOS BONEL ARANTXA, GALAN CERRATO NIEVES, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, MIRANDA BURGOS ANABELA, MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, IBAÑEZ CARRERAS REYES, TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0431

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS PERTENECIENTES AL ÁREA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Actualmente, la Comunidad de Aragón dispone de un único servicio de Oncología Radioterápica (ORT) centralizado en la ciudad de Zaragoza, llamado Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA). Esto supone el desplazamiento de los pacientes del área de Alcañiz hasta Zaragoza para realizar una valoración de la indicación del tratamiento radioterápico, planificación y administración del mismo, que suele ser diario y con una duración que puede oscilar entre una sesión a 5 semanas, y posteriormente las revisiones realizadas para un adecuado seguimiento de la enfermedad y posibles toxicidades agudas y crónicas.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es acercar los recursos humanos al paciente oncológico, es decir, acercar al especialista de ORT a los pacientes del Hospital de Alcañiz (HA) para realizar una correcta indicación de tratamiento radioterápico y posterior seguimiento, evitándoles los viajes que suponen estas consultas a Zaragoza. La ventaja de realizar la valoración del paciente por un facultativo de ORT es poder ofrecer el mejor y más adecuado tratamiento con radioterapia externa con sus diferentes técnicas u otras modalidades como son la radioterapia superficial o la braquiterapia de las diferentes localizaciones anatómicas. Otro de los objetivos es acercar la ORT a los facultativos de otras especialidades mediante la participación en los subcomités del hospital y la comunicación directa, permitiendo, realizar la valoración de pacientes ingresados en el HA.

MÉTODO
Un facultativo de la UCMORA se desplazará semanalmente, por el momento, los martes, hasta el HA en horario de 8:45 a 17 horas.
Las actividades a realizar son:
1.Participación en subcomités del Hospital, con el fin de establecer una correcta indicación de tratamiento radioterápico, así como establecer el momento adecuado de inicio de radioterapia en coordinación con los demás servicios implicados en el tratamiento del paciente oncológico.
2.Valoración de pacientes como primera visita.
El servicio de Oncología Médica, recepcionará todas las solicitudes de tratamiento de radioterapia tanto de su propia especialidad como del resto del hospital para ser citados en función de la preferencia por Oncología Médica y Oncología Radioterápica. En caso de que, por decisión médica, o del propio paciente, se decida no realizar tratamiento radioterápico, quedará reflejado en la historia del paciente y se remitirá de nuevo al Servicio que lo derivó a ORT, comunicando la decisión adoptada.Todos los pacientes valorados como primera visita, se les abrirá una historia de la UCMORA, que se identificará con un nº propio del servicio: dos últimos dígitos del año en curso, la inicial de la población del hospital y nº de paciente, por ejemplo: 19A/001.
3.Seguimiento del paciente conjuntamente con Oncología Médica o los servicios responsables del paciente. Los pacientes tratados en sedes de UCMORA se citarán para seguimiento en consulta de ORT del HA según el protocolo establecido en cada una de las patologías y se les hará entrega del informe de fin de tratamiento radioterápico.
Se establecerá un registro en Excel de los pacientes valorados en la que se reflejaran los siguientes datos: Nombre y apellidos del paciente, Nº de Hª General, Nº de Historia de ORT, Localización, Indicación de RT y Centro de derivación.
Se creará un episodio de ORT en la historia clínica electrónica a todos los pacientes valorados en consulta de primer día y seguimiento donde se adjuntará un informe y comentarios de la evolución de la enfermedad que será accesible para todos los especialistas de cualquier sede hospitalaria y atención primaria.

INDICADORES
La previsión es realizar la valoración de aproximadamente 150 pacientes/año como primera visita con sus posteriores revisiones. También se incluirán en revisión, aquellos pacientes ya tratados anteriormente en UCMORA, que quieran continuar su seguimiento en el HA. Los indicadores que se utilizaran son:
1.Nº de pacientes remitidos a la consulta de ORT del HA / Nº de pacientes subsidiarios de radioterapia en HA. El objetivo es que el 90% de los pacientes sean valorados en consulta de Oncología Radioterápica del HA.
2.Nº de pacientes devueltos tras finalización de radioterapia para seguimiento en HA / Nº total de pacientes tratados en UCMORA (sede HUMS). El objetivo es que el 90% de los pacientes continúen su seguimiento en consulta de ORT de HA.
La evaluación de los indicadores se realizará semestralmente.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0431

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS PERTENECIENTES AL ÁREA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

El proyecto va realizarse durante el año 2019, con previsión de continuar en los próximos 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 - 2019/0601

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO TELEFONICO DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES SOMETIDAS A BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BLANCA GARCIA GIMENO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ SAENZ ENCARNA
IRUN CUAIRAN MARIA JESUS
SANCHO SERRANO ANGEL
CARRUESCO CRESPO IRENE
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA
CAMPOS BONEL ARANCHA
MIRANDA BURGOS ANABELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde Marzo de 2019, fecha en la que se decide comenzar a realizar la llamada telefónica, no ha habido candidatas que cumplan los factores para la realización de la técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Inclusión de las pacientes nuevas desde su implatanción (grado de cumplimiento 95%): no ha habido candidatas que cumplan los factores para la realización de la técnica.
- % pacientes que llevan a cabo los cuidados previos y posteriores a la realización de la técnica (Actual 0% - esperado 90%)
- % pacientes que disminuyen sus dudas tras la realización de la llamada telefónica (Actual 0% - Esperado 80%)

El personal de Enfermería del Servicio de Oncología Radioterápica junto con los facultativos responsables barajamos la posibilidad de ampliar la realización de la llamada a las pacientes diagnósticadas de Ca Cérvix operado tratadas con Radioterapia Externa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de no haber podido realizar llamadas telefónicas, se cree de vital importancia el seguimiento no presencial de estas pacientes para mantener un seguimiento permanente de la paciente y asesorar ante cualquier efecto adverso preservando su calidad de vida y favoreciendo su confortabilidad

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/601 ========== ***

Nº de registro: 0601

Título
SEGUIMIENTO TELEFONICO DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES SOMETIDAS A BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO

Autores:
GARCIA GIMENO BLANCA, MUÑOZ SAENZ ENCARNA, IRUN CUAIRAN MARIA JESUS, SANCHO SERRANO ANGEL, CARRUESCO CRESPO IRENE, MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, CAMPOS BONEL ARANCHA, MIRANDA BURGOS ANABELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El cáncer de Cérvix es el segundo tipo de cáncer ginecológico más común en las mujeres. La edad media de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0601

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO TELEFONICO DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES SOMETIDAS A BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO

aparición es a los 45 años. Es frecuente en países en vías de desarrollo, diagnosticándose más de 400.000 nuevos casos cada año en el mundo.
En líneas generales, las pacientes con cáncer de Cérvix en estadios iniciales, se tratan con cirugía y las que tienen tumores avanzados, se tratan con radioquimioterapia concomitante. La correcta utilización en tiempo y forma de la braquiterapia como parte integral del tratamiento del cáncer de Cérvix se comporta como factor pronóstico en el control local de la enfermedad.
El tratamiento con braquiterapia electrónica en cáncer de Cérvix no operado se realiza en cuatro sesiones, dos días consecutivos (generalmente jueves y viernes), durante dos semanas seguidas. La paciente el día previo a la 1º sesión de Braquiterapia ingresa en el Hospital por la tarde, realizándose el tratamiento los días siguientes a la fecha de ingreso, recibiendo la primera y segunda sesión de tratamiento. Tras las dos sesiones si la paciente se encuentra en buen estado es dada de alta, repitiéndose el mismo esquema para la tercera y cuarta sesión de tratamiento, en la semana siguiente.
Por el tiempo transcurrido entre sesiones el personal de Enfermería puede desempeñar un papel importante en la detección de posibles efectos secundarios, así como poder ofrecerle a la paciente un apoyo durante el proceso.

RESULTADOS ESPERADOS
Mayor seguimiento de la paciente durante y tras finalizar el tratamiento con el fin de poder valorar como se encuentra la paciente, tanto física como emocionalmente; además de poder detectar cualquier efecto secundario derivado del mismo tratamiento y si fuera necesario, junto al facultativo responsable del tratamiento, tomar las medidas pertinentes.

MÉTODO
Una vez dada de alta, el lunes el personal de Enfermería de Oncología Radioterápica llamará por teléfono a la paciente con el fin de hacer una valoración general respecto al siguiente Check – List:
- Estado general
• Fiebre
• Dolor (según escala EVA): si ha precisado analgesia

- Toxicidad ginecológica / urinaria (según escala CTAE 4.0)
• Sangrado vaginal
• Disuria
• Nicturia
• Polaquiuria
• Hematuria
- Toxicidad rectal (según escala CTAE 4.0)
• Diarrea
• Rectorragia
• Rectitis

- Cumplimiento de tratamiento
• Lavados con Rosalgin
• Óvulos de Cicatridina

Si tras la llamada y comentado con los facultativos responsables del tratamiento se valora que todo está correcto, la paciente procederá al ingreso para realizar las dos siguientes sesiones de Braquiterapia, espaciadas en una semana. Una vez finalizado el tratamiento, el lunes se volverá a llamar a la paciente para volver a valorar su estado general y reforzar las recomendaciones al alta, de acuerdo al Check – List.

INDICADORES
• Inclusión de las pacientes nuevas desde su implantación (grado de cumplimiento 95%)
• % pacientes que llevan a cabo los cuidados previos y posteriores a la realización de la técnica (Actual 0% - Esperado 90%)
• % pacientes que disminuyen sus dudas tras la realización de la llamada telefónica (Actual 0% - Esperado 80%)

DURACIÓN
Desarrollo del contenido de los puntos a incluir en el Check -List: Febrero 2019
Realización de la llamada: Marzo 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 - 2019/0601

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO TELEFONICO DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES SOMETIDAS A BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0866

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SORDERA BRUSCA EN LOS SECTORES I Y II. CREACION DE UNA FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA GUALLAR LARPA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRERO EGEA ANA
FRAILE RODRIGO JESUS
LLORENTE ARENAS EVA
GIL PARAISO PEDRO
LEACHE PUEYO JAIME
CARMEN SAMPERIZ LUIS
REBOLLEDO BERNAD LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En los últimos años se ha publicado abundante literatura sobre el diagnóstico y manejo de la sordera brusca. A raíz de la publicación de un Documento de consenso en la revista de la Sociedad Española de ORL (SEORL), en 2015 elaboramos un protocolo de manejo de esta patología en el Hospital Miguel Servet. Este protocolo era necesario ya que se trata deuna entidad que es una urgencia médica y cuya incidencia exacta se desconoce, cuya patogenia es teorizada, con evolución variable y multifactorial y cuyo tratamiento es controvertido. Este protocolo después se adoptó también en el Servicio de ORL del sector I (Hospitales Nuestra Señora de Gracia y Royo Villanova).

Durante estos últimos 4 años hemos ido ajustando y mejorando el protocolo para adaptarlo al día a día en las consultas de ORL, sistematizando las pruebas diagnósticas a solicitar, estableciendo un día específico de la semana para las revisiones de estos paciente y elaborando una base de datos específica.

A raíz de la publicación de un Consenso internacional tras el congreso mundial de París en 2017 y después una nueva Actualización del consenso sobre sordera brusca en 2018 en la revista de la SEORL, nos pareció oportuno revisar y actualizar el protocolo actual de ambos sectores, así como crear una ficha de recogida de datos de cada paciente con lo que facilitar la investigación en un segundo tiempo.

En un primer tiempo hemos realizado una revisión sistemática de la literatura publicada sobre el tema en los últimos 10 años, a través de los términos MESH “(acute OR sudden) AND (hearing loss OR deafness)”, y hemos revisado los artículos en relación al grado de evidencia de los mismos. Aunque en 2008 no había guías de práctica clínica ni consensos sobre la sordera brusca y eran escasos los estudios aleatorizados, en los últimos años se han publicado diversas guías sobre el tema, como los consensos mencionados anteriormente. Por ello hemos repartido tanto los artículos seleccionados como las guías de práctica clínica encontradas entre los participantes del proyecto, centrando el trabajo de cada componente en una de las distintas partes del mismo (diagnóstico analítico, diagnóstico radiológico, tratamiento médico, tratamiento transtimpánico y tratamiento con cámara hiperbárica). Posteriormente nos hemos reunido en varias ocasiones para poner en común la información consultada, comentar las novedades encontradas y valorar la idoneidad de su aplicación en nuestro protocolo.

Se ha solicitado la colaboración de otros servicios implicados en esta patología, como son el servicio de Medicina Interna (Unidad de Enfermedades Autoinmunes) en relación con una de las posibles etiologías de la sordera brusca, y el Servicio de ORL y de Medicina hiperbárica del Hospital Militar, en cuanto a su participación en una de las opciones terapéuticas disponibles.

Así pues, finalmente hemos elaborado un nuevo protocolo actualizado, quedando pendiente su presentación tanto en el Servicio de ORL del Hospital Universitario Miguel Servet como en el del Hospital Nuestra Señora de Gracia, para darlo a conocer entre todos los miembros del servicio, y debatir respecto a su aplicación en nuestros servicios. El protocolo se remitirá, una vez presentado a los compañeros de ORL si surgieran consideraciones de última hora, a la Unidad de Calidad Asistencial del H U Miguel Servet para su aprobación por la comisión clínica competente. Una vez aprobado, se colgará el apartado de Protocolos clínicos de Calidad.

También hemos creado una hoja completa de recogida de datos de cada paciente, incluyendo las variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas más relevantes, con el objetivo de disponer de una base de datos en la que consten todos los pacientes atendidos en nuestro servicio por sordera brusca con fines clínicos y de cara a posibles futuras investigaciones. Así mismo será presentada a los compañeros de ambos servicios para asegurar su difusión.

El calendario de reuniones seguido ha sido el siguiente:
-En Mayo de 2019: reunión con los participantes del proyecto para presentar los objetivos y repartir las tareas.
-En Septiembre de 2019: reunión con discusión de los resultados y propuestas de modificación del protocolo actual. Propuesta de variables a recoger en la ficha de recogida de datos.
-En Diciembre de 2019: consenso definitivo del documento final. Elaboración definitiva de la hoja de recogida

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0866

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SORDERA BRUSCA EN LOS SECTORES I Y II. CREACION DE UNA FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

de datos.

El calendario de reuniones pendientes se prevé que sea el siguiente:
-En Febrero de 2020: presentación del protocolo y la ficha de recogida a los miembros de ambos servicios mediante sesión clínica.
-En Marzo y Abril de 2020: implementación del nuevo protocolo en la práctica cotidiana y comenzar a usar la ficha de recogida de datos en todos los pacientes, así como análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación en la práctica clínica.
-En Mayo de 2020, aplicación definitiva del protocolo y recogida de datos de las fichas de los pacientes y evaluación del indicador principal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado conseguido es un protocolo actualizado de manejo de la sordera brusca, en sintonía con las últimas guías de manejo nacionales e internacionales y que sistematice el manejo de estos pacientes en ambos sectores. La población diana son los pacientes afectos de sordera brusca que acuden a Urgencias o a nuestras consultas. Los servicios a los que se dirige el proyecto son los Servicios de ORL del Sector I y II.

Indicador 1, aplicación del protocolo: Número de pacientes que se incluyen en el nuevo protocolo/total de pacientes con sordera brusca vistos en las consultas.
El objetivo es que sean al menos el 80% del total de pacientes.

Indicador 2, uso de la ficha de recogida de datos: Número de pacientes que se recogen en la ficha de datos/total de pacientes con sordera brusca vistos en las consultas.
El objetivo es que sean al menos el 80% del total de pacientes.

La fuente y método de obtención de los indicadores será a través del análisis en el mes de Mayo de las historias de los pacientes atendidos en consulta, se realizará la base de datos correspondiente y su estudio descriptivo, evaluando los indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante la continua actualización de conocimientos para ofrecer a la población las estrategias diagnósticas y terapéuticas óptimas en cada momento, así como establecer criterios claros de manejo que nos faciliten la práctica clínica diaria.

Creemos que sería ideal poder realizar más protocolos para distintas patologías, para así unificar nuestras actuaciones como servicio.

La valoración del equipo de mejora ha sido positiva ya que hemos disfrutado de un buen ambiente de trabajo, y ha sido fácil reunirnos para compartir opiniones, así como a la hora de repartirnos el trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/866 ========== ***

Nº de registro: 0866

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SORDERA BRUSCA EN LOS SECTORES I Y II. CREACION DE UNA FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

Autores:
GUALLAR LARPA MARIA, HERRERO EGEA ANA, FRAILE RODRIGO JESUS, LLORENTE ARENAS EVA MARIA, GIL PARAISO PEDRO, LEACHE PUEYO JUAN JAIME, CARMEN SAMPERIZ LUIS, REBOLLEDO BERNAD LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
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 - 2019/0866

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SORDERA BRUSCA EN LOS SECTORES I Y II. CREACION DE UNA FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

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

PROBLEMA
En los últimos años se ha publicado abundante literatura sobre el diagnóstico y manejo de la sordera brusca. A raíz de la publicación de un Documento de consenso en la revista de la Sociedad Española de ORL (SEORL), en 2015 elaboramos un protocolo de manejo de esta patología en el Hospital Miguel Servet. Este protocolo era necesario ya que se trata de una entidad que es una urgencia médica y cuya incidencia exacta se desconoce, cuya patogenia es teorizada, con evolución variable y multifactorial y cuyo tratamiento es controvertido.
Este protocolo después se adoptó también en el Servicio de ORL del sector I (Hospitales Nuestra Señora de Gracia y Royo Villanova). Durante estos últimos 4 años hemos ido ajustando y mejorando el protocolo para adaptarlo al día a día en las consultas de ORL, sistematizando las pruebas diagnósticas, estableciendo un día específico de la semana para las revisiones de estos pacientes y elaborando una base de datos específica.
A raíz de la publicación de un Consenso internacional tras el congreso mundial de París en 2017 y después una nueva Actualización del consenso sobre sordera brusca en 2018 en la revista de la SEORL, parece oportuno revisar y actualizar el protocolo actual de ambos sectores. Además, pretendemos crear una ficha de recogida de datos de cada paciente con lo que facilitar la investigación en un segundo tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS
El resultado que esperamos obtener es un protocolo actualizado de manejo de la sordera brusca, en sintonía con las últimas guías de manejo nacionales e internacionales y que sistematice el manejo de estos pacientes en ambos sectores. La población diana son los pacientes afectos de sordera brusca que acuden a Urgencias o a nuestras consultas. Los servicios a los que se dirige el proyecto son los Servicios de ORL del Sector I y II.

MÉTODO
En un primer tiempo haremos una revisión sistemática de la literatura publicada sobre el tema en los últimos 10 años, a través de los términos MESH "(acute OR sudden) hearing loss OR deafness", y revisaremos los artículos en relación al grado de evidencia de los mismos. Aunque en 2008 no había guías de práctica clínica ni consensos sobre la sordera brusca y eran escasos los estudios aleatorizados, en los últimos años se han publicado diversas guías sobre el tema, como los consensos mencionados anteriormente. Repartiremos entre los participantes del proyecto las distintas partes del mismo (diagnóstico analítico, radiológico, tratamiento médico, transtimpánico y con cámara hiperbárica) y revisaremos las novedades que pueden ser aplicables en nuestro protocolo. Se solicitará la colaboración de otros servicios implicados como Medicina Interna (sección de patología autoinmune) y el Servicio de ORL y de Medicina hiperbárica del Hospital Militar. Elaboraremos un nuevo protocolo actualizado, así como una hoja completa de recogida de datos de cada paciente y lo presentaremos a los compañeros de ambos servicios para asegurar su difusión. Como último paso, analizaremos las dificultades que surgen en su aplicación en la práctica clínica y revisaremos su nivel de aplicación en las consultas (indicador 1).

INDICADORES
Indicador 1: Número de pacientes que se incluyen en el nuevo protocolo/total de pacientes con sordera brusca visto en las consultas durante los meses de Octubre de 2019 a Marzo de 2020.
El objetivo es que sean al menos el 80% del total de pacientes.

DURACIÓN
En Abril de 2019 convocaremos una reunión con los participantes del proyecto para presentar los objetivos a conseguir en este proyecto y repartir las tareas.
En Junio de 2019, reunión con discusión de los resultados y propuestas de modificación del protocolo actual. Creación de la ficha de recogida de datos.
En Septiembre de 2019, consenso definitivo del documento final y presentación a los miembros de ambos servicios mediante sesión clínica.
En Octubre de 2019, implementación del nuevo protocolo en la práctica cotidiana. Se comienza a usar la ficha de recogida de datos en todos los pacientes.
En Diciembre de 2019, análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación.
En Enero de 2020, aplicación definitiva del protocolo.
En Marzo 2020, recogida de datos de las fichas de los pacientes y evaluación del indicador principal.

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 - 2019/1032

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL RINOLOGICA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE JAVIER RIVARES ESTEBAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
PEREZ DELGADO LAURA
TERRE FALCON RAMON
URPEGUI GARCIA ANGEL
LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR
REBOLLEDO BERNAD LAURA
CALATAYUD LALLANA LEONOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente se programó una reunión con varios compañeros de atención primaria, encargados de asumir el trabajo de contacto con los médicos ORL, en este caso con la Sección de Rinología.
Se discutió sobre las patologías más frecuentes y que podrían caber en este proyecto, llegándose a la conclusión de incluir los temas de INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL Y SINUSITIS como protagonistas de nuestro estudio.
Por parte de Rinología, creamos unos algoritmos en los que se explicaba a los médicos de primaria la actuación a seguir en los temas indicados, así como los casos de derivación al especialista.
Los primeros que se realizaron tenían ciertos problemas de aceptación por lo que se renovaron por otros que han quedado como definitivos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado fundamental es la aceptación por parte de los médicos de primaria de las pautas a seguir en la patología de INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL Y SINUSITIS, tanto en lo que se refiere al tratamiento como a la derivación al especialista. Con esto queremos conseguir que los pacientes sean tratados correctamente por parte de su MAP, lo cual supondrá casi con toda seguridad, una disminución de las derivaciones, una reducción de los períodos de espera para ver al especialista y una concreción por nuestra parte en los casos más importantes no solucionados en primera instancia y que requieren una cierta premura en el diagnóstico y tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de estar en la época de las comunicaciones, no pensaba que iba a resultar tan laborioso ponernos en contacto con nuestros interlocutores de primaria. Fuera de estas pequeñas trabas, el trato con ellos ha sido tremendamente positivo, con cordialidad y sobre todo con interés, estando abiertos a cualquier sugerencia por nuestra parte.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1032 ========== ***

Nº de registro: 1032

Título
PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL RINOLOGICA

Autores:
RIVARES ESTEBAN JOSE JAVIER, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, PEREZ DELGADO LAURA, TERRE FALCON RAMON, URPEGUI GARCIA ANGEL, LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR, REBOLLEDO BERNAD LAURA, CALATAYUD LALLANA LEONOR MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA DE TIPO RINOLÓGICA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1032

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL RINOLOGICA

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

PROBLEMA
Necesidad de establecer una mejor comunicación entre los MAP y la sección de Rinología del Servicio de ORL del HUMS., con el fin de aportar y compartir criterios y conocimientos entre las dos áreas sanitarias para un mejor manejo de los pacientes que presenten patología rinológica:
• En la consulta de primaria, para favorecer el tratamiento por el MAP de algunas enfermedades del entorno rinológico.
• En la especializada para que se pueda realizar un diagnóstico precoz en las enfermedades que presenten un pronóstico grave en su evolución o una clínica que precise un tratamiento temprano por parte del especialista.
• En la tramitación de la derivación de los pacientes entre ambas áreas sanitarias.
- Para que la información entre las dos especialidades sea lo más concreta y completa posible.
- Que los tiempos de espera se acorten en las patologías más graves.

RESULTADOS ESPERADOS
• Realizar un protocolo de tratamiento de los pacientes con determinadas patologías rinológicas, para el MAP.
• Establecer unos criterios e indicadores, un protocolo, para cuándo remitir al paciente al ORL desde primaria, con una sospecha de una enfermedad concreta.
• Definir la forma y prioridad de la derivación al especialista por parte del MAP.
• Implementar un documento de información (puede ser el informe de alta) al MAP, por parte del ORL, con las indicaciones de tratamiento y seguimiento de los pacientes por ambos especialistas.

MÉTODO
• Crear un grupo de trabajo para cada patología para consensuar los diferentes protocolos.
• Difundir los protocolos realizados por los facultativos del grupo de trabajo al resto de sus compañeros.
. Ofertar sesiones clínicas en los Ambulatorios de Primaria, sobre patologías concretas, por Otorrinolaringólogos a los MAP.

INDICADORES

Haber implementado; al menos, dos protocolos en la sección de Rinología con la finalidad de:
• Tratamiento por parte del MAP de ciertas patologías rinológicas.
• Exposición de criterios y prioridades de derivación para pacientes que presenten una clínica compatible con una patología determinada .

DURACIÓN
• Durante el mes de Abril definir las patologías sobre las que se va a trabajar y los reponsables del proceso asistencial.
• Durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre se deberían reunir los componentes del proyecto para realizar los protocolos.
• En el mes de Diciembre presentación de los protocolos a los compañeros de la especialidad con la finalidad de posterior difusión a los MAP.

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 - 2019/1033

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORTMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL OTOLOGICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PEDRO GIL PARAISO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARIZON DEZA MARIA PILAR
LEACHE PUEYO JAIME
FRAILE RODRIGO JESUS
LLORENTE ARENAS EVA
GUALLAR LARPA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DEFINICION DE PATOLOGIA OTOLOGICA DE INTERES POR AMBOS SERVICIOS
CREACION DE ALGORITMO ORL
PRESENTACION DE ALGORITMO A AP
PROPUESTA DE REUNION DE CONSENSO Y DEFINICION DE ALGORITMO
REUNION DE AMBOS SERVICIOS CON DEFINICION DE ALGORITMO
DIFUSION DEL ALGORITMO A SERVICIOS DE AP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
TODOD LOS OBJETIVOS HAN SIDO ALCANZADOS REALIZANDO LA PROPUESTA DE ALGORITMO
IMPACTO: MEJORA MANEJO PATOLOGÍA ORL EN AP CON PREBISIBLE REDUCCIÓN DE LISTA DE ESPERA AL OPTIMIZAR LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN
MEJORA DE CRITERIOS DE TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA
ACORTAMIENTO DE TIEMPOS DE DERIVACIÓN EN PATOLOGIA URGENTE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
UNA BUENA COOPERACIÓN ENTRE AMBOS SERVICIOS FAVORECE UN MEJOR MANEJO DE LA PATOLOGÍA TRATADA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1033 ========== ***

Nº de registro: 1033

Título
PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL OTOLOGICA

Autores:
GIL PARAISO PEDRO, LLORENTE ARENAS EVA MARIA, FRAILE RODRIGO JESUS, LEACHE PUEYO JUAN JAIME, GUALLAR LARPA MARIA, SAMPERIZ LUIS CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Necesidad de establecer una mejor comunicación entre los MAP y la seccion de Otología del Servicio de ORL del Hospital Miguel Servet, con el fin de aportar y compartir criterios y conocimientos entre las dos áreas sanitarias para un mejor manejo de los pacientes que presenten patología otológica:
• En la consulta de primaria, para favorecer el tratamiento por el MAP de algunas enfermedades del entorno otológico.
• En la especializada para que se pueda realizar un diagnóstico precoz en las enfermedades que presenten un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1033

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORTMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL OTOLOGICA

pronóstico grave en su evolución o una clínica que precise un tratamiento temprano por parte del especialista.
• En la tramitación de la derivación de los pacientes entre ambas áreas sanitarias.
- Para que la información entre las dos especialidades sea lo más concreta y completa posible.
-Que los tiempos de espera se acorten en las patologías más graves.

RESULTADOS ESPERADOS
• Realizar un protocolo de tratamiento de los pacientes con determinadas patologías otológicas, para el MAP.
• Establecer unos criterios e indicadores, un protocolo, para cuando remitir al paciente al ORL desde primaria, con una sospecha de una enfermedad concreta.
• Definir la forma y prioridad de la derivación al especialista por parte del MAP.
• Implementar un documento de información (puede ser el informe de alta) al MAP, por parte del ORL, con las indicaciones de tratamiento y seguimiento de los pacientes por ambos especialistas.

MÉTODO
• Crear un grupo de trabajo para cada patología, para consensuar los diferentes protocolos.
• Difundir los protocolos realizados por los facultativos del grupo de trabajo al resto de sus compañeros.
. Ofertar sesiones clínicas, en los Ambulatorios de Primaria, sobre patologías concretas, por Otorrinolaringólogos a los MAP.

INDICADORES
Haber implementado; al menos, dos protocolos en la sección de otología con la finalidad de :
• Tratamiento por parte del MAP de una patología determinada.
• Exposición de criterios y prioridad de derivación para pacientes que presenten una clínica compatible con una patología determinada.

DURACIÓN
• Durante el mes de Abril definir las patologías sobre las que se va a trabajar y los reponsables del proceso asistencial.
• Durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre se deberían reunir los componentes del proyecto para realizar los protocolos.
• En el mes de diciembre presentación de los protocolos entre los compañeros de la especialidad con la finalidad de posterior difusión a los MAP

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 - 2019/1055

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL PEDIATRICA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA GUALLAR LARPA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE GONZALEZ EUGENIO
CARMEN SAMPERIZ LUIS
LLORENTE ARENAS EVA
CANCER GASPAR ELENA
ANDRES NILSSON ANA KARIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se decidió en conjunto, por parte del equipo de mejora, enfocar el algoritmo de manejo dentro de la patología ORL pediátrica, sobre la otitis seromucosa debido a su gran prevalencia y a su manejo controvertido.

Afecta sobre todo a niños menores de 8 años, con un pico de mayor incidencia entre los 6 y 18 meses. Se considera que aproximadamente el 70% de los niños tienen al menos un episodio de otitis serosa antes de los tres años. Constituye actualmente la principal indicación para un procedimiento quirúrgico en la edad pediátrica. Los factores de riesgo más conocidos para el desarrollo de esta enfermedad son la infección aguda de la vía aérea superior, la alergia nasal y la hipertrofia adenoidea, aunque existen muchos otros factores que influyen en su desarrollo.

En la mayoría de los casos es una situación que se resuelve espontáneamente, por lo tanto, hay autores que abogan por la abstención terapéutica, indicando tratamiento solo en aquellos pacientes con clínica persistente, con retraso del desarrollo del lenguaje o las relaciones sociales, o en aquellos que presentan complicaciones, como hipoacusia neurosensorial, parálisis facial, inestabilidad o vértigo, o en caso de retracciones timpánicas importantes.

En un primer tiempo hemos realizado una revisio´n sistema´tica de la bibliografía publicada sobre el tema en los u´ltimos 5 años, seleccionando los arti´culos en relacio´n al grado de solidez científica de los mismos.

También hemos repartido entre los participantes del proyecto las distintas partes del mismo (etiopatogenia, clínica, diagnóstico, tratamiento me´dico y tratamiento quirúrgico). Se han realizado 3 reuniones para debatir los temas y elaborar el protocolo. Las reuniones han tenido lugar en la consulta de ORL Infantil los días 30 de Octubre de 2019, 18 de Diciembre de 2019 y 15 de Enero de 2020, asistiendo todos los miembros del grupo de mejora; su duración aproximada ha sido de 90 minutos cada una.

Se ha elaborado un primer borrador del protocolo que hemos ido corrigiendo y mejorando en las siguientes reuniones; además se mantiene un constante intercambio de información mediante correo electrónico.

El protocolo se denomina “Manejo de la otitis serosa en atención primaria. Criterios de derivación a ORL.” y lo hemos elaborado siguiendo la plantilla Word que se ofrece en la web del Salud en el apartado de Calidad. La estructura del mismo consta de Introducción, Población diana, Etiopatogenia, Clínica, Diagnóstico, Tratamiento y Bibliografía. Se hace hincapié en los criterios de derivación desde Atención Temprana a los especialistas de ORL.

Este protocolo se presentará durante los meses de Febrero y Marzo de 2020, tanto en el Servicio de ORL del H U Miguel Servet (dentro del programa de sesiones clínicas de Docencia quedando la Dra. Llorente Arenas encargada de organizarlo), como en un centro de atención primaria del Sector II para ponerlo en conocimiento de los pediatras de A primaria (quedando la Dra. Cáncer Gaspar encargada de la misma). En principio participarán varios miembros del grupo de mejora en las sesiones, estando en cada una de ellas representados tanto los servicios de ORL como de Atención Primaria.
El protocolo se remitirá, una vez presentado a los compañeros de ORL y de Atención Primaria por si surgieran consideraciones de última hora, a la Unidad de Calidad Asistencial del H U Miguel Servet para su aprobación por la comisión clínica competente. Posteriormente, se ubicará en el apartado de Protocolos Clínicos de Calidad.

Como último paso, analizaremos en los meses de Abril y Mayo las posibles dificultades que surjan en su aplicacio´n en la pra´ctica cli´nica y revisaremos su nivel de aplicación tanto en Atención Primaria (indicador 1 y 2) como en las consultas externas de ORL Infantil (indicador 3). Se analizarán las historias de los pacientes (tanto en Atención Primaria mediante la historia clínica electrónica como en la Consulta de ORL Infantil) mediante una ficha de recogida de datos y se evaluarán los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1055

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL PEDIATRICA

El resultado que esperamos obtener es un protocolo actualizado de manejo de la otitis seromucosa en sintoni´a con las u´ltimas gui´as nacionales e internacionales y que sistematice el manejo de estos pacientes sobre todo a la hora de su derivación al ORL Infantil. La poblacio´n diana son los niños que acuden a una consulta de Atención Primaria con sintomatología compatible con otitis seromucosa.

-Indicador 1 Constancia de hallazgos clínicos: Número de pacientes en los que hay constancia de los hallazgos clínicos en la historia clínica electrónica de Atención Primaria/Número total de casos revisados en Atención Primaria. Excepciones: Ninguna. Estándar: 70 %.

-Indicador 2 Criterios de derivación: Número de pacientes que cumplen los criterios de derivación del protocolo/Número total de casos revisados en las consultas externas de ORL Infantil. Excepciones: Ninguna. Estándar: 70 %.

-Indicador 3 Tratamiento: Número de pacientes con constancia de actitud expectante en la historia clínica electrónica de Atención Primaria/Número total de casos revisados en Atención Primaria. Excepciones: Pacientes derivados directamente a ORL porque cumplen alguno de los criterios de derivación directa. Estándar: 70 %.

La fuente y método de obtención de los indicadores será a través del análisis en los meses de Abril y Mayo de 2.020 de las historias de los pacientes (tanto en Atención Primaria mediante la historia clínica electrónica como en la Consulta de ORL Infantil). Mediante una ficha de recogida de datos, se realizará la base de datos correspondiente y su estudio descriptivo, evaluando los indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante la colaboración entre los distintos servicios que intervienen en el manejo de una misma patología, especialmente entre la Atención Primaria y Especializada; esto permite una visión global del problema, disminución de los tiempos de demora terapéutica, reducción de costes sanitarios y una mejor eficacia global.

Han quedado pendientes la elaboración de otros protocolos que definan el manejo de otras patologías frecuentes en la ORL pediátrica como pueden ser la apnea obstructiva del sueño o las otitis medias de repetición. Se podría intentar replicar este proyecto de mejora con dichas patologías.

La valoración del equipo de mejora ha sido muy positiva, hemos tenido un buen ambiente de colaboración entre los diferentes profesionales tanto para intercambiar opiniones científicas, como a la hora de repartirnos el trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1055 ========== ***

Nº de registro: 1055

Título
PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL PEDIATRICA

Autores:
GUALLAR LARPA MARIA, SAMPERIZ LUIS CARMEN, LLORENTE ARENAS EVA MARIA, CALATAYUD LALLANA LEONOR MARIA, SANCHEZ LLANOS ERNESTO, VICENTE GONZALEZ EUGENIO ANDRES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Patología ORL pediátrica
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Queremos mejorar la comunicación, en la actualidad bastante deficiente, entre Atención Primaria y la Sección de Otorrinolaringología Pediátrica del Hospital Infantil con el fin de aportar y compartir criterios que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1055

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL PEDIATRICA

redunde en beneficio de los niños con patología ORL:
1. Para favorecer el tratamiento de los MAP en patologías otorrinolaringológicas.
2. Para realizar un cribado eficaz de las patologías que necesitan atención rápida.
3.- Para facililitar la derivación de A. Primaria hacia A. Especializada.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir las derivaciones innecesarias a ORL Hospital Infantil, así como decrecer la espera para atención especializada en patologías que así lo requieran.

MÉTODO
Crear un grupo de trabajo para conocer las patologías más frecuentes remitidas desde Atención Primaria, realizar un algoritmo con los criterios de derivación y difundir los resultados.

INDICADORES
Establecimiento de un protocolo simple sobre los pacientes que deben ser derivados junto con sus criterios de prioridad.

DURACIÓN
Reuniónes en mayo y junio para definir las patologías susceptibles.
Creación de algoritmo en septiembre-octubre.
Presentación a los compañeros en noviembre-enero.

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 - 2019/1171

1. TÍTULO

SEMIOLOGIA FARINGO-LARINGEA. PROPUESTA DE ALGORITMOS PARA ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO MALTRANA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMPLE LACASA LUIS
ADIEGO LEZA MARIA ISABEL
DE MIGUEL GARCIA FELIX
EL UALI ABEIDA MAFHOUD
SEVIL NAVARRO JORGE
LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó un grupo de trabajo compuesto por otorrinolaringólogos dedicados especialmente a la patología oncológica y un médico de atención primaria. Establecimos que el objetivo final y más importante de este proyecto es detectar y derivar lo antes posible desde primaria a un paciente con sospecha de cáncer de cabeza y cuello, como primer paso para el diagnóstico precoz. Entendemos las limitaciones de tiempo y de medios diagnósticos especializados que hay en las consultas de medicina de familia. Se puso en común la frecuente consulta en atención primaria de problemas faringo-laringeos la mayoría no graves y la consecuente derivación a especializada. Por lo tanto, el reconocimiento y tratamiento de los casos banales en primaria supondrá una mejora en el tiempo de derivación a especializada de la patología potencialmente grave.

Para ello, en las reuniones de trabajo pensamos que la mejor forma de hacer este despitaje de la sintomatología faringo-laringea es mediante algoritmos de diagnóstico y tratamiento.

Concluimos que debíamos realizar dos algoritmos para dos situaciones frecuentes en la práctica: sintomatología faringo-laringea y diagnóstico de masas cervicales.

Al final el paciente valorado por su médico de primaria y con la ayuda de los protocolos realizados hará la derivación al servicio de ORL mediante la interconsulta virtual de formas: normal o preferente. Creemos que para favorecer la relación y crear un canal de comunicación rápido con familia, en los protocolos aparecerá la extensión de las consultas externas de ORL para contactar directamente con nosotros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Una vez terminado los protocolos, los hemos presentado al resto del servicio de ORL mediante una sesión clínica para consensuarlos con el resto de compañeros.

Algoritmo de semiología faringo-laringea. Con él se pretende distinguir las parestesias faríngeas del cáncer de cabeza y cuello. Las parestesias o disestesias faríngeas son sensaciones anormales persistentes de la faringe. Son mas molestas que dolorosas. Son sensaciones faríngeas percibidas por un paciente sin explicación orgánica objetiva. Aunque no son estrictamente lo mismo se podría asemejar al más conocido concepto de faringitis crónica. Así, un paciente fumador con síntomas de afectación orgánica tendrá que ser derivado urgente. En el otro extremo un paciente no fumador y con síntomas que no sugieran organicidad será tratado primero en atención primaria y si no mejora derivación de forma normal.

Algoritmo de diagnóstico de masas cervicales. Las hemos dividido en dos posibilidades diagnósticas para simplificar: inflamatorias y neoplásicas. Importante recordar que una masa cervical de más de dos semanas es neoplásica mientras no se demuestre lo contrario. Al igual que en el otro algoritmo, la derivación será urgente, preferente o normal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El paso siguiente que queda pendiente es la difusión de los algoritmos en los centros de salud pertenecientes al sector. Con la colaboración del compañero de familia de este grupo de trabajo contactaremos con los coordinadores para darlos a conocer. Hace unos años algunos compañeros dieron charlas presenciales en varios centros de salud. Si esta opción de ir a los centros de salud no es posible, se podría intentar dar sesiones en el hospital para los médicos de primaria. De una forma u otra la difusión directa de los protocolos es la mejor forma de darlos a conocer. Creemos muy interesante la posibilidad de contactar telefónicamente con las consultas externas para cualquier duda.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1171 ========== ***

Nº de registro: 1171

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1171

1. TÍTULO

SEMIOLOGIA FARINGO-LARINGEA. PROPUESTA DE ALGORITMOS PARA ATENCION PRIMARIA

Título
SEMIOLOGIA FARINGO-LARINGEA. PROPUESTA DE ALGORITMOS PARA ATENCION PRIMARIA

Autores:
MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO, ADIEGO LEZA MARIA ISABEL, DE MIGUEL GARCIA FELIX, EL UALI ABEIDA MAFHOUD, SEVIL NAVARRO JORGE, VIVES RICOMA EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los semiología faringo-laringea contituye un importante criterio de derivación desde la consulta de atención primaria a la de especializada de ORL. Aunque en la mayoría de los casos se trata de patología de escasa trascendencia hay un porcentaje de casos que son la alarma para diagnosticar patología grave como el cáncer de cabeza y cuello.
Es necesario establecer una mejor comunicación entre atención primaria y la sección de cabeza y cuello del Servicio de ORL del Hospital Miguel Servet, con el fin de aportar y compartir criterios y conocimientos entre las dos áreas sanitarias para un mejor manejo de los pacientes. Es de especial importancia destacar los síntomas que implicarían sospecha alta de patología grave para una derivación con urgencia.

RESULTADOS ESPERADOS
•Realizar una serie de algoritmos de diagnóstico y tratamiento de diferentes entidades de ORL, mas concretamente de patología de faringe y laringe, para atención primaria.
• Establecer unos criterios claros y concretos para decidir cuando remitir al paciente al ORL desde primaria así como la forma y prioridad de la derivación.
•Establecer un canal de comunicación rápida para diagnosticar lo mas precozmente posible el cáncer de cabeza y cuello.
• Implementar un documento de información al MAP, por parte del ORL, con las indicaciones de tratamiento y seguimiento de los pacientes por ambos especialistas.

MÉTODO
• Crear grupos de trabajo para la realización de los diferentes algoritmos y protocolos de cada patología a tratar.
• Difundir los algoritmos realizados por los facultativos del grupo de trabajo y consensuarlos con el resto del servicio de ORL.
. Ofertar sesiones clínicas por parte de los otorrinolaringólogos del grupo, en los ambulatorios de Primaria, para presentar los diferentes algoritmos y mejorarlos con las aportaciones de los MAP.

INDICADORES
Haber implementado al menos, dos algoritmos en la sección de cabeza y cuello con la finalidad de :
• Tratamiento por parte del MAP de una patología determinada.
• Exposición de criterios y prioridad de derivación para pacientes que presenten una clínica compatible con una patología determinada.

DURACIÓN
Durante el mes de abril definir la organización de los grupos de trabajo para establecer responsables del proceso asistencial. Durante los meses de septiembre, octubre y noviembre realización de protocolos por parte de los componentes del proyecto. En el mes de diciembre presentación de los protocolos a los compañeros de la especialidad con la finalidad de posterior difusión a los MAP.

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 - 2019/1171

1. TÍTULO

SEMIOLOGIA FARINGO-LARINGEA. PROPUESTA DE ALGORITMOS PARA ATENCION PRIMARIA

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

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE LA RECOGIDA Y ANÁLISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRÍA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PAULA MADURGA REVILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL HERNANDEZ IRENE
LAPRESTA MOROS CARLOS
REZUSTA LOPEZ ANTONIO
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION
FUERTES ARAGÜES ELENA
PALACIOS MIGUEL YOLANDA
RODRIGUEZ-VIGIL ITURRATE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde mayo de 2018, momento en que se inició el proyecto, se han comenzado las actividades de formación DE ENFERMERÍA para la adecuada recogida y transporte de hemocultivos por parte de enfermería de Microbiología, impartiéndose 5 sesiones (2 en noviembre de 2018 y 3 en febrero de 2019).
Durante este periodo, se insiste además en la IMPORTANCIA DE LA ADECUADA RECOGIDA DE HEMOCULTIVO de sangre periférica y de catéter venoso central, de forma simultánea, y adecuadamente rotulado en TODA sospecha de BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER, para optimizar dicha actividad entre el personal médico. Se colocan carteles recordatorios en la pared del control de la unidad. Durante los meses de febrero y marzo de 2019, se analiza el cumplimiento de dicho indicador. De igual modo, se potencia la comunicación entre el servicio de UCIP y Microbiología, contactándose telefónicamente cada día que hay algún caso a comentar, y mensualmente en las reuniones multidisciplinares. Dicha comunicación con el servicio de Microbiología incluye la información clínica transmitida en los volantes de solicitud de estudio microbiológico.
Se recuerda periódicamente la posibilidad y utilidad de estudio microbiológico rápido en orina ante sospecha de infección de dicho origen.
Así mismo, se difunde la importancia de los FROTIS EPIDEMIOLÓGICOS (nasal, faríngeo y rectal), y se comienza su recogida. Tras el análisis retrospectivo de dicha actividad en el año 2018, se constata un déficit en su cumplimento por lo que se insiste de nuevo en la importancia de su recogida y se colocan carteles recordatorios en la unidad con las indicaciones específicas para su recogida. Inicialmente se establece que los frotis epidemiológicos se han de recoger todos los martes:
• procedentes de domicilio-urgencias: FROTIS RECTAL,
• procedentes de otro hospital (>48 h): TRIPLE FROTIS: RECTAL, FARÍNGEO Y NASAL
En mayo de 2019 se decide dar continuidad a este proyecto, prolongándose un año más en intento de optimizar aquellas actividades de bajo cumplimiento en 2019, e incluyendo una nueva actividad: la elaboración-actualización de protocolos de diagnóstico y tratamiento de infecciones en el paciente pediátrico crítico; así como nuevos indicadores para analizar (comunicación con el servicio de microbiología, ajuste de antibioterapia según antibiograma, porcentaje de hemocultivos contaminados, y estudio de Gram y antibiograma directo en orina en casos seleccionados).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se presentan a continuación los resultados del análisis de datos de la primera parte del proyecto (2018-19), dado que el periodo analítico del año 2019-2020 se llevará a cabo en los próximos meses de febrero y marzo.
1. Formación de enfermería para la adecuada recogida y transporte de hemocultivos:
Al total de 5 sesiones de formación en la recogida de hemocultivos, asistieron 3 diplomadas en enfermería del servicio de UCI Pediátrica, del total de 12 que constituyen la plantilla, además de la supervisora de enfermería de la unidad que se encargó personalmente de transmitir la información al resto de enfermeras de la unidad.
Para valorar la utilidad de dicha actividad, se han valorado los hemocultivos contaminados pre y post-intervención:
- preintervención: 10 hemocultivos contaminados (5 pacientes) /83 hemocultivos recogidos en 2018.
- postintervención: 0 hemocultivos contaminados/7 hemocultivos recogidos febrero-marzo de 2019.

2. Recogida de frotis epidemiológicos:
Del total de pacientes ingresado en UCI Pediátrica en febrero de 2019, sólo en un 37% se realizó al menos un frotis rectal (FR), incluyendo también los triples frotis. En total, se realizaron 3 triples frotis, cifra baja que hay que mejorar.
Se ha realizado 1 FR por cada 22 días de ingreso en UCI Pediátrica. Teniendo en cuenta la estancia media de 5,51 días y que probablemente la mediana sea inferior a esta cifra, el fijar un día de la semana para hacer los FR hace que se pierdan muchos pacientes. Por ello, lo ideal sería realizar FR al ingreso de todos los pacientes y semanalmente repetir frotis a todos los ingresados en un día concreto (martes).
Un 40% de los frotis rectales realizados tuvieron un resultado positivo, un 11% de los frotis rectales realizados encontraron un germen que requirió instauración de precauciones de contacto y de los FR positivos un 20% encontraron un germen de adquisición nosocomial.
Los datos referentes a marzo de 2019 están pendientes de analizar y comparar con los de febrero.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE LA RECOGIDA Y ANÁLISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRÍA

3. Durante los meses de febrero y marzo de 2019, se valora la adecuada recogida de hemocultivos de sangre central y periférica en TODAS las historias de pacientes con sospecha de BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER: en los 3 casos de sospecha de bacteriemia relacionada con catéter, se recogen ambos hemocultivos de forma adecuada.

4. Respecto a la comunicación con el servicio de microbiología en aquellos pacientes en los que se ha iniciado antibioterapia de amplio espectro, indicador de calidad del proyecto en 2019-2020, y que por tanto se analizará en febrero y marzo, se presentan los datos a este respecto de los meses de febrero y marzo 2019, que se recogieron con idea de iniciar la concienciación al respecto: en 11 de los 12 casos con antibioterapia empírica nueva (febrero-marzo 2019) se estableció contacto UCI Pediátrica- Microbiología, con el objetivo de ajustar espectro y duración de dicha terapia antibiótica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dados los resultados recogidos, se establece la necesidad de dar continuidad al proyecto durante el año 2019-2020 en la misma línea de mejora.
La asistencia del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos a las sesiones formativas en la recogida de hemocultivos es fundamental para optimizar sus resultados y que éstos puedan ayudar al ajuste de la antibioterapia. Ante la escasa asistencia a las sesiones de 2018 y febrero de 2019, y la dificultad para encontrar un horario adecuado al mayor número de personas, la supervisora de UCI Pediátrica, junto con las personas que asistieron a las sesiones impartidas, se encargan de preparar una sesión interna e impartirla de forma periódica dentro de la propia unidad, para asegurar la divulgación de dicha información, tan importante para todo el personal de enfermería.
Los frotis epidemiológicos al ingreso y su repetición semanalmente están plenamente justificados. Dado que el fijar un día de la semana para hacer los FR hace que se pierdan muchos pacientes, se establece, a partir de marzo de 2019, realizar FR al ingreso de todos los pacientes y semanalmente repetir frotis a todos los ingresados en un día concreto (martes); pendiente de analizar resultados y valorar si dicha medida ha mejorado el nivel de cumplimiento (la impresión del personal de UCIP y Preventiva es de que esta medida ha tenido efecto positivo).
La concienciación está mejorando progresivamente, como se constata entre los meses de febrero y marzo, y como se cree que afianzarán los datos analizados en febrero-marzo 2020.
La recogida de hemocultivo central y periférico ante sospecha de bacteriemia relacionada con catéter es fundamental para su diagnóstico, es fundamental mantener su adecuado cumplimiento, estando hasta la fecha adecuadamente recogidos y cumplimentados los datos de los pacientes.
La comunicación fluida con el Servicio de Microbiología es imprescindible para optimizar la antibioterapia, tanto la correcta cobertura del tratamiento empírico de amplio espectro, como la fundamental reducción de espectro una vez se obtienen resultados microbiológicos.
Las reuniones mensuales con los servicios de Preventiva y Microbiología están siendo fundamentales en dicha comunicación, en el análisis minucioso de aquellos casos más complejos, y también en la búsqueda de herramientas que ayuden a mejorar tanto los estudios microbiológicos como su utilidad clínica (por ejemplo, el empleo de sondas telescopadas o protegidas para la obtención de muestras de aspirado bronquial). En este sentido, se está trabajando, de forma multidisciplinar, en la actualización del protocolo referido a infección nosocomial en el paciente pediátrico crítico.
Para difundir la importancia de los indicadores establecidos en el proyecto, se elaboran carteles de concienciación que se colocaron en las paredes de la unidad:

1.- EL HEMOCULTIVO BIEN RECOGIDO AYUDA A OPTIMIZAR LA ANTIBIOTERAPIA: AJUSTA EL ESPECTRO Y LA DURACIÓN DE LA ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA!!!

2.- ANTE SOSPECHA DE INFECCIÓN RELACIONADA CON CATÉTER, NO OLVIDES RECOGER HEMOCULTIVO SIMULTÁNEO DE VÍA PERIFÉRICA Y CENTRAL!
INDÍCALO ADECUADAMENTE EN EL VOLANTE Y COMÉNTALO CON MICROBIOLOGÍA PARA ASEGURAR EL ADECUADO ENVÍO DE LA MUESTRA
MISMA CANTIDAD DE SANGRE EN AMBOS TUBOS!

3.- RECUERDA LA IMPORTANCIA DE LA RECOGIDA DE FROTIS EPIDEMIOLÓGICOS:
- A TODOS AL INGRESO
- DE NUEVO A TODOS, LOS MARTES!!!

Por último, destacar de nuevo, que con el objetivo de mantener y potenciar la concienciación del adecuado diagnóstico y tratamiento antimicrobiano en el paciente pediátrico crítico, se decide dar continuidad a este proyecto, prolongándose su duración durante el año 2019-2020, en intento de optimizar aquellas actividades de bajo cumplimiento en 2019, e incluyendo nuevos indicadores para analizar (comunicación con el servicio de microbiología, ajuste de antibioterapia según antibiograma, porcentaje de hemocultivos contaminados, y estudio de Gram y antibiograma directo en orina en casos seleccionados).

7. OBSERVACIONES.
Este proyecto se elaboró en 2018-19 y se estableció una continuidad en 2019-20. Dado que las fechas de análisis del periodo 2019-2020 son los meses de febrero y marzo, los datos analíticos presentados son sólo los correspondientes al primer año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE LA RECOGIDA Y ANÁLISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRÍA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1068 ========== ***

Nº de registro: 1068

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN PEDIATRIA

Autores:
MADURGA REVILLA PAULA, GIL HERNANDEZ IRENE, FUERTES ARAGÜES ELENA, RODRIGUEZ-VIGIL ITURRATE CARMEN, REZUSTA LOPEZ ANTONIO, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, PALACIOS MIGUEL YOLANDA, LAPRESTA MOROS CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La patología infecciosa constituye tanto un importante motivo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) como una de las causas más frecuente de complicación durante el ingreso en UCIP (infecciones nosocomiales). La cobertura antibiótica adecuada y su inicio precoz (en la primera “hora de oro” en la sepsis) es fundamental para conseguir un ttº efectivo y la curación del paciente. Por ello es fundamental la elección de antibioterapia de amplio espectro en el momento inicial, que asegure la cobertura de la flora habitualmente implicada en cada foco y en cada paciente.
Uno de los problemas más importante al que nos enfrentamos hoy por hoy en las UCIP es el de las resistencias a antibióticos principalmente a Gram(-) que genera un aumento de mortalidad. El trabajo en equipo entre las unidades de UCIP, Preventiva y Microbiología es fundamental para minimizar ambos problemas: la optimización de la recogida y análisis de muestras microbiológicas permite, por un lado, confirmar de forma precoz que el germen causante de la infección está adecuadamente cubierto por la ABterapia elegida de forma empírica; y por otro lado, permite desescalar la cobertura antibiótica, restringiendo espectro de forma adecuada, evitando así la generación de resistencias.

RESULTADOS ESPERADOS
- Principal:
• Optimizar la elección del tratamiento antibiótico empírico en el paciente pediátrico crítico, desescalando y recortando el espectro antibiótico y ajustando la duración de la antibioterapia en UCIP.
- Secundarios:
• Mejorar la recogida, transporte y cumplimentación de volantes de las muestras para estudio microbiológico.
• Implementar el Gram en orinas cuando se considere importante, realizando antibiograma directo de orina cuando esté indicado.
• < la transmisión entre pacientes de gérmenes multirresistentes.

MÉTODO
- Multidisciplinar: elaboración de protocolos de diagnóstico y ttº de infecciones en la UCIP

- Sº Microbiología:
• Formación, por parte de enfermería de Microbiología a la enfermería de UCIP, para optimizar la recogida, conservación y transporte de muestras microbiológicas
• estudio de Gram de LCR siempre, y de orina en casos seleccionados (sólo en turno de mañana)
• antibiograma directo a las 24 horas del envío de la muestra (sangre, LCR, que servirá como información preliminar
• Antibiograma directo orina y aspirado bronquial (cuando esté indicado), que servirá como información preliminar
• Vigilancia de multiresistentes y otras bacterias de interés epidemiológico. Cultivo de Frotis de control semanales para su detección y para la orientación del tratamiento empírico de las infecciones.

- Servicio UCIP:
• Solicitud de las muestras adecuadas en cada momento, por parte del personal médico de UCIP, en busca de la mayor eficiencia:
• Ajuste de la antibioterapia en función de los resultados microbiológicos (estudio preliminar de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE LA RECOGIDA Y ANÁLISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRÍA

antibiograma directo, y estudio definitivo posterior): completar la cobertura antimicrobiana o reducción del espectro, en función de la situación. Minimizar la duración de la antibioterapia.

- Servicio Medicina Preventiva:
• Formación en medidas básicas de Prevención y Control de las infecciones nosocomiales.

INDICADORES
1. Nº historias en las que conste la comunicación con Microbiología para recortar espectro y duración de la ABterapia/total historias de pacientes con ttº antibiótico empírico de amplio espectro
2. Nº enfermeras de UCI Pediátrica que han sido formadas para la adecuada recogida de hemocultivo por parte de enfermería de Microbiología/total de enfermeras que forman parte de la UCI Pediátrica
3. Nº historias en las que consta la adecuada recogida de hemocultivo de sangre periférica y de catéter venoso central/total historias de pacientes con sospecha de bacteriemia relacionada con catéter en UCIP
4. Nº hemocultivos contaminados/total de hemocultivos extraídos
5. Nº volantes con adecuada cumplimentación de datos clínicos/Total de volantes microbiológicos recibidos en Microbiología por parte de UCIP
6. Nº muestras de orina en las que se hace estudio Gram y antibiograma directo/Total de pacientes en los que se considera indicado el estudio microbiológico urgente de orina
7. Nº muestras de frotis epidemiológico/ Total de pacientes-semana en los que se considera indicado

DURACIÓN
- Todo el año: formación:
o En la recogida y transporte de muestras por parte de enfermería de microbiología a enfermería de UCIP. 1 taller cada 3 meses o a demanda o si se detectan incidencias (cada taller se repetirá en varias ocasiones para que sea asequible a la mayor parte de personal de enfermería y TCAEs), que se impartirán de forma práctica en UCIP.
o En higiene de manos y precauciones basadas en la transmisión. 1 taller anual que se podrá repetir a demanda si se detectan carencias en la formación en este ámbito.
- Mayo-Julio: elaboración de protocolos.
- Julio- Diciembre 2018: Instauración de protocolos y resto de actividades del proyecto.
- Enero-Marzo 2019: Primera evaluación del cumplimiento.
- Marzo 2019: Establecer conclusiones 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 - 2018/1356

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS PEÑA SEGURA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARTA AIZPUN IGNACIO
LOU FRANCES GRACIELA
ROS ARNAL IGNACIO
MARTIN DE VICENTE CARLOS
GARCIA ROMERO RUTH
ROMERO SALAS YOLANDA
JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Presentación del proyecto de mejora a en Sesión Clínica el 8-3-19 a todos los facultativos del Hospital Infantil, con análisis y discusión.
2. Previamente se solicitó a todas las Unidades de Pediatría la situación y los criterios de derivación a adultos de las diferentes patologías.
3. Se insistió en la necesidad de la realización de informe de alta que figure en HCE.
4. Se insistió en la necesidad de definir qué enfermedades crónicas requieren un protocolo específico de transición (en base a gravedad, impacto sobre la salud del paciente y sobre la familia, complejidad)
5. Se promovió la elaboración de protocolos específicos de transición en cada Unidad en función de la patología.
6. Se promovió la programación de consultas de transición con la participación conjunta del pediatra y del médico del servicio de adultos.
7. Se promovió la información detallada y progresiva a lo largo de 1-2 años al paciente y a la familia sobre la futura transición y de cómo se va a realizar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Definición por cada Unidad de las enfermedades crónicas complejas que deben seguir un protocolo específico de transición
2. Pacientes con enfermedades crónicas complejas con constancia en la HCE de la realización de informe de alta y presentación del caso al servicio de adultos
3. Elaboración de un listado de consultas conjuntas de transición para enfermedades crónicas complejas.
4. Se estableció como edad preferente los 15 años para realizar la transición a adultos, coincidiendo con la edad límite para acudir a Urgencias del HI, pero a su vez se presentaron diferentes situaciones y excepciones por cada Unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Reuniones de coordinación entre especialistas de adultos y pediátricos.
Aumento de la implicación de todos los componentes del Servicio de Pediatría.
Aumento del conocimiento del funcionamiento de las distintas especialidades pediátricas entre sí.
Aumento del conocimiento del funcionamiento de las especialidades de adultos.
Mayor coordinación entre especialistas pediátricos y de adultos.
Aumento de la satisfacción de las familias con la transición de sus hijos a adultos.
Hay patologías crónicas complejas como algunas enfermedades raras de inicio en edad pediátrica en las que es difícil establecer una adecuada transición a adultos por carecer de profesionales especializados en la patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1356 ========== ***

Nº de registro: 1356

Título
DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

Autores:
PEÑA SEGURA JOSE LUIS, LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO, LOU FRANCES GRACIELA, ROS ARNAL IGNACIO, MARTIN DE VICENTE CARLOS LUIS, GARCIA ROMERO RUTH, ROMERO SALAS YOLANDA, JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1356

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES CRONICAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las enfermedades crónicas requieren un enfoque multidisciplinar para su correcto manejo sobre sus implicaciones psicológicas, físicas y sociales y suponen un desafío para los servicios de salud. La adolescencia es una fase compleja que dificulta el control de las enfermedades crónicas. Los adolescentes con enfermedades crónicas (EC) y sus padres pueden percibir la transferencia desde las Unidades de Pediatría a los servicios de adultos como una brusca interrupción en su régimen de tratamiento. Está constatado que este proceso supone un riesgo de empeoramiento del control de la enfermedad, abandono de seguimiento, incremento de la morbilidad, peor control de la enfermedad y deterioro de la salud. Frente al concepto de transferencia como proceso administrativo, las sociedades científicas defienden el concepto de transición como un proceso planificado y consensuado entre el paciente, la familia y los equipos asistenciales pediátricos y de adultos, que permitan minimizar el impacto negativo. La transferencia se suele realizar de manera variable entre los 15 – 18 años y cuando no se hace de manera planificada impacta negativamente en la salud, menor adherencia al tratamiento y menor índice de asistencia a las consultas programadas.
En la actualidad no todos los pacientes con enfermedades crónicas siguen un protocolo definido de actuación y existe una variabilidad importante. Es frecuente que el adolescente con EC deje de asistir a las visitas programadas (automedicación y autocotrol). Muchos pacientes son remitidos con un informe de alta pero sin establecer un consenso previo con el servicio de adultos. Es necesario establecer protocolos de actuación en cada Unidad de Pediatría para definir las patologías que son subsidiarias de entrar en un protocolo específico de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal
1. Optimizar la transición de pacientes con enfermedades crónicas complejas desde las Unidades de Pediatría del HUMS a los servicios de adultos.
Objetivos secundarios
1. Promover la comunicación y colaboración entre los equipos asistenciales pediátricos y de adultos.
2. Minimizar el riesgo de impacto negativo que la adolescencia supone sobre la salud en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas.
3. Evaluar los resultados y conocer la satisfacción de los pacientes y los profesionales tras su implantación.

MÉTODO
Generales a nivel de todo el Servicio
1. Información detallada y progresiva a lo largo de 1-2 años al paciente y a la familia sobre la futura transición y de cómo se va a realizar.
2. Establecer un rango de edad en el cuál se debe realizar el proceso de transición.
3. Realización de informe de alta que figure en la Intranet.
4. Presentación en sesiones del Servicio las actividades que se realizan.
Específicos para cada Unidad de Pediatría
1. Definir qué enfermedades crónicas requieren un protocolo específico de transición (en base a gravedad, impacto sobre la salud del paciente y sobre la familia, complejidad)
2. Elaboración de protocolos específicos de transición en cada Unidad en función de la patología.
3. Elaboración de un registro de pacientes transferidos.
4. Programación de consultas de transición con la participación conjunta del pediatra y del médico del servicio de adultos.

INDICADORES
1. Presentación en el Servicio del proyecto en el calendario de sesiones clínicas (si / no)
2. Definición por cada Unidad de las EC complejas que deben seguir un protocolo específico de transición (si / no)
3. Pacientes con EC complejas con constancia en la historia clínica de la realización de informe de alta y presentación del caso al servicio de adultos (>80%)
4. Elaboración de un listado de consultas conjuntas de transición para EC complejas (si / no)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1356

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

DURACIÓN
2 años de duración (Mayo 2018 a Mayo 2020)
Año 1
Mayo 2018 a Diciembre 2018.
Presentación en Sesión del servicio del proyecto.
Consensuar objetivos y criterios mínimos a nivel del servicio para cualquier paciente con EC antes de ser transferido.
Enero 2019 a Junio 2019.
Definición por parte de cada Unidad de qué EC deben seguir un protocolo específico de transición.
Elaboración de protocolos específicos
Año 2
Junio 2019 a Diciembre 2019
Implantación de las consultas de transición conjuntas
Elaboración de un registro de pacientes transferidos a nivel de cada Unidad
Enero 2020 a Mayo 2020.
Evaluación de encuestas de resultados de satisfacción a nivel de profesionales y pacientes transferidos

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 - 2019/1245

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DE TERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SEGUNDO RITE GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO VIÑUALES ITZIAR
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA
PINILLOS PISON RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
. Establecer las indicaciones de traslado de retorno adaptadas a las circunstancias de nuestro entorno (nivel asistencial de los hospitales receptores de los recién nacidos sometidos al programa de transporte de retorno).
. Consensuar dicha documentación con los responsables de los Servicios de Pediatría de los hospitales de 1er y 2º nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón.
. Elaboración de un listado de verificación (check-list) cuya cumplimentación se iniciará al ingreso del recién nacido en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Presentación en sesión de la Unidad de Neonatología.
Elaboración de la documentación durante el segundo – tercer trimestre de 2019 (Documento de indicaciones / check – list).
Consenso con los responsables de los Servicios de Pediatría de los hospitales públicos de Aragón (tercer – cuatro trimestre 2019).
No se han podido evaluar indicadores por que el programa no ha empezado hasta el mes de diciembre de 2019, una vez se ha contado con el visto bueno de los responsables de Pediatría de los hospitales públicos de Aragón tributarios de transporte de retorno neonatal. Por dicho motivo este proyecto se mantiene su evaluación durante 2020 dentro del siguiente acuerdo de gestión de la Unidad de Neonatología, siendo la presente memoria de seguimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La mayor eficiencia de la asistencia perinatal se logra mediante una adecuada regionalización y para ello la aplicación de niveles asistenciales es básica para optimizar los recursos y que todo recién nacido pueda ser atendido de forma adecuada independientemente del domicilio familiar. En la Comunidad Autónoma de Aragón se aplican los criterios relativos a niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (Rite S, et al. An Pediatr (Barc). 2013 Jul;79(1):51.e1-51.e11). Tan importante para la optimización de recursos es que aquellos recién nacidos que requieren cuidados de tercer nivel nazcan y sean atendidos en este tipo de unidades, como su posterior traslado, una vez superada la fase más crítica, al hospital más próximo al domicilio familiar. Además, esta política resulta muy positiva para la mayoría de las familias al poder evitar toda la problemática relativa a los constantes viajes y/o alojamiento lejos del domicilio familiar.
En la actualidad, hemos establecido un programa estandarizado para el transporte de retorno consensuado con todos los centros hospitalarios públicos de Aragón y que se ha iniciado en diciembre de 2019.

7. OBSERVACIONES.
Memoria seguimiento del proyecto 2019/1245.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1245 ========== ***

Nº de registro: 1245

Título
PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DE TERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
RITE GRACIA SEGUNDO, SERRANO VIÑUALES ITZIAR, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, PINILLOS PISON RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1245

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DE TERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La mayor eficiencia de la asistencia perinatal se logra mediante una adecuada regionalización y para ello la aplicación de niveles asistenciales es básica para optimizar los recursos y que todo recién nacido pueda ser atendido de forma adecuada independientemente del domicilio familiar. En la Comunidad Autónoma de Aragón se aplican los criterios relativos a niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (Rite S, et al. An Pediatr (Barc). 2013 Jul;79(1):51.e1-51.e11). Tan importante para la optimización de recursos es que aquellos recién nacidos que requieren cuidados de tercer nivel nazcan y sean atendidos en este tipo de unidades, como su posterior traslado, una vez superada la fase más crítica, al hospital más próximo al domicilio familiar. Además, esta política resulta muy positiva para la mayoría de las familias al poder evitar toda la problemática relativa a los constantes viajes y/o alojamiento lejos del domicilio familiar.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo: Establecer un programa estandarizado de transporte de retorno de aquellos recién nacidos cuyo domicilio familiar le corresponda un hospital de un nivel asistencial inferior, una vez se han superado los problemas que motivaron su traslado o nacimiento en un centro de tercer nivel.
Población diana: Recién nacidos que precisaron tras el nacimiento cuidados de tercer nivel y que tras superar los problemas que motivaron su ingreso en nuestro centro, puede valorarse su traslado al hospital más próximo al domicilio familiar.
Servicios a los que se dirige: Neonatología / Servicios de Pediatría de los hospitales de 1er y 2º nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón.

MÉTODO
. Elaboración de las indicaciones de traslado de retorno adaptadas a las circunstancias de nuestro entorno (nivel asistencial de los hospitales receptores de los recién nacidos sometidos al programa de transporte de retorno).
. Consensuar dicha documentación con los responsables de los Servicios de Pediatría de los hospitales de 1er y 2º nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón.
. Elaboración de un listado de verificación (check-list) cuya cumplimentación se iniciará al ingreso del recién nacido en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet.

INDICADORES
Segundo Trimestre de 2019: Elaboración de la documentación y consenso con responsables de los hospitales receptores.
Segundo Semestre de 2019: Puesta en marcha del programa. En relación con el mismo los siguientes indicadores (fuente de datos: Historias clínicas y programa Neosoft de la Unidad de Neonatología del Hospital Miguel Servet):
- Indicador 1: Nº de recién nacidos susceptibles de entrar en programa de transporte de retorno neonatal en los que consta el check-list / Nº total de recién nacidos susceptibles de entrar en programa de transporte de retorno neonatal. Estándar: 90%.
- Indicador 2: Incremento del número de recién nacidos en los que se ha realizado transporte de retorno al hospital más próximo al domicilio familiar en relación al mismo periodo del año previo (2018). Estándar: > 20%.
- Indicador 3: Efecto sobre estancia media en planta de Neonatología. Estándar: <7 días.

DURACIÓN
- Elaboración de la documentación y consenso con responsables de los hospitales receptores (fecha fin: junio 2019)
- Elaboración del listado de verificación (fecha fin: junio 2019).
- Puesta en marcha del Programa (julio – diciembre 2019).

OBSERVACIONES
No

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1245

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DE TERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

```
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 - 2019/1384

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERÍA ORL: CONTROL Y DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIÁTRICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NURIA GIMENO LAGUARDIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MAYORAL CRISTINA
VICENTE GONZALEZ EUGENIO
CARMEN SAMPERIZ LUIS
MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE
PEREZ CANO NURIA
GARCIA AJA BEATRIZ
MUÑIO LIDON SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Todas la hojas de consulta derivadas de oncopediatría de los pacientes en tratamiento con derivados del platino (parte de la población diana) han sido captados directamente en la agenda de enfermería y sólo se ha solicitado colaboración facultativa en caso de detectarse resultado patológico.
Las revisiones de umbrales auditivos a pacientes pediátricos en revisión (parte de la población diana) han sido vistos en consulta de enfermería y sólo se ha solicitado colaboración facultativa en caso de detectarse resultado patológico, sin demorarse el diagnóstico en caso de empeoramiento pese a la demora asistencial existente.
Además hemos incluido las hojas de consulta de nefrología de pacientes de riesgo que permiten diagnosticar posibles complicaciones.
La enfermera autogestiona su agenda en los días que hay actividad quirúrgica progrmada. De esta manera no interfiere en el funcionamiento de la Unidad de ORL de pediatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La consulta de enfermería ha sido capaz de captar en los plazos previstos el 100% de los casos propuestos en población diana desde marzo de 2019 hasta diciembre de 2019, un total de 39 pacientes, mediante revisión sistemática descriptiva.
No se ha detectado demora de ninguan revisión de umbrales de más de 20 días respecto los tiempos que se habían planificado en cada paciente.
De estos 39 niños captados de revisiones de umbrales auditivos son 17, y los 22 restantes hojas de consulta de pacientes con trataminento a derivados del platino.
Además se han incluido en la agenda 4 pacientes procedentes de hojas de consulta de nefrología pediátrica.
En total se han tratado 43 pacientes.
Se han detectado 1 paciente con empeoramiento en umbrales auditivos que paso directamente a revisión por el ORL de consulta cumpliendo plazos de revisión, supone un 6% de casos detectados sobre los pacientes ya diagnósticados de hipoacusia.
Detección de un paciente con disminución de umbrales auditivos en tratamiento con derivados del platino sobre los 22 estudiados, supone un 4.5%.
De los pacientes de nefrología no se han detectado complicaciones.
El total de complicaciones detectadas a tiempo por la consulta de enfermería es del 5% de pacientes sobre la población diana planteada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades llevadas a cabo para lograr la captación de pacientes han contribuido en mejorar la sistemática de trabajo respecto de otras unidades(oncopediatria-ORL, NEFROLOGIA- ORL, ENFERMERA - ADMISION CITACIONES....).
Quedaría pendiente de subsanar que las agendas de enfermería fueran captados los pacientes una vez vistos y programados por el servicio de citaciones, para poder seguir avanzando en la tarea asistencial.
Gracias al proyecto tenemos la totalidad de resultados constatados y registrados para posibles estudios o errores de seguridad clínica.
Todo el equipo multidisciplinar ha consensuado todos los pasos a seguir en la elaboración del proyecto consiguiendo que la agenda quede permanentemente en funcionamiento, generando una calidez aumentada en el ambiente laboral.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1384 ========== ***

Nº de registro: 1384

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1384

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERÍA ORL: CONTROL Y DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIÁTRICO

Título
PROYECTO DE MEJORA CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERIA ORL: CONTROL Y DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIATRICO

Autores:
GIMENO LAGUARDIA NURIA, LOPEZ MAYORAL CRISTINA, VICENTE GONZALEZ EUGENIO ANDRES, CARMEN SAMPERIZ LUIS, MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE, PEREZ CANO NURIA, GARCIA AJA BEATRIZ, MUÑIO LIDON SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Según la OMS, la incidencia de la hipoacusia se sitúa en 5/1000 recién nacidos vivos, lo que supone que alrededor de 1890 niños al año nacen con algún grado de hipoacusia en España. El 80% de las hipoacusias infantiles son congénitas y un 20% se desarrollan en los primeros años de la vida. Pero la prevalencia de la hipoacusia permanente continúa creciendo durante la infancia y alcanza una tasa del 2,7 por mil antes de los 5 años y del 3,5 por mil en la adolescencia. La población pediátrica tratada con derivados del platino son susceptibles de generar hipoacusia secundaria a estos tratamientos por lo que son incluidos en el programa de detección precoz en nuestra consulta.
Los pacientes con hipoacusia ya conocida y estudiada precisan revisiones periódicas cada 6 meses o 1 año para vigilar cambios en los umbrales de la audición, a estos hay que añadir las revisiones de la población en riesgo y sus revisiones.
Existen demoras involuntarias en las revisiones de los pacientes. En estos pacientes la consulta se reduce a la realización de la audiometría por la enfermera de la consulta, por lo que proponemos crear una agenda de enfermería exclusiva para realizar las audiometrías. En el caso de observar cambios en las pruebas, se comenta en ése momento con el ORL de la consulta, adecuándose el tiempo de la revisión sin verse alterado el tiempo de diagnóstico y el tiempo de revisión en la consulta.
De esta manera ningún niño retrasará el diagnóstico o empeoramiento de la hipoacusia por demoras ajenas al protocolo establecido. La enfermera de la consulta tiene autonomía y tiempo de consulta para poder realizar esa labor en días de actividad quirúrgica programada.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo es mejorar el manejo de pacientes diagnosticados de hipoacusia y de la población susceptible de desarrollarla, consiguiendo disminuir la demora en las revisiones de umbrales auditivos.
Los objetivos secundarios son:
- Detectar precozmente los empeoramientos de umbrales auditivos.
- Diagnosticar nuevos casos de hipoacusia en población de riesgo (tratamiento de los derivados del platino)
- Disminuir la ansiedad de los padres con las demoras en las revisiones.
- Disminuir la lista de espera de la consulta de ORL infantil.

La población diana son los pacientes pediátricos diagnosticados de hipoacusia que siguen revisiones periódicas en ORL INFANTIL y los pacientes pediátricos expuestos a tratamiento de derivados del platino. El resultado esperado es que todos los pacientes sigan las revisiones en los plazos previstos.
Intervenciones realizadas:
- Audiometrías tonales y verbales.
- Revisión medica sistemática de pacientes de hipoacusia cada 6 meses o un año según protocolo.
- Hoja de consulta de pacientes en tratamiento de derivados del platino.

MÉTODO
Actualmente enfermería aún teniendo actividad independiente de la médica, se realizan interconexionada con los pacientes citados en la consulta médica. Los cambios previstos en la oferta de servicios de enfermería es generar la agenda de estos niños independiente de la consulta médica de manera que se respeten los plazos previstos y en caso de detección de cambios en la prueba diagnóstica avisar al ORL para revisarlos en la consulta médica.

INDICADORES
INDICADORES
Nº de niños a los que se les realiza la audiometría en los plazos previstos (6meses o un año) en la consulta de enfermería entre todos los pacientes diagnosticados de hipoacusia. Margen de citaciones + - 1 mes.
Nº de casos nuevos de hipoacusia detectados en pacientes expuestos a tratamiento de derivados del platino entre todos los pacientes tratados con derivados del platino.
Nº de complicaciones detectadas en la consulta de enfermería de pacientes ya diagnosticados de hipoacusia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1384

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERÍA ORL: CONTROL Y DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIÁTRICO

entre la suma de pacientes ya diagnosticados y otros con riesgo de padecerla.

La fuente de datos será una revisión sistemática descriptiva de los casos explorados en la consulta de enfermería

ESTANDAR
100% de los niños derivados de la consulta de oncopediatria
80% de los niños ya diagnosticados de hipoacusia
90% de complicaciones detectadas

DURACIÓN
Inicio de proyecto el 1/5/19 con duración indefinida tras una evaluación positiva del proyecto. Los responsables de la implantación son la enfermera, TCAE de la unidad. Captarán y citarán al paciente al niño en las consultas médica y enfermera, esta última será en la que evaluaremos el tiempo de cumplimiento.
Definir los pacientes candidatos para la revisión en la Consulta de enfermería de audiometrías. Realizar una hoja de derivación específica y crear una agenda específica en Citaciones (IDUE) para citarlos. Aprendizaje básico de otoscopia de la enfermera a cargo del ORL. Definir los criterios de alarma ante los resultados de la audiometría.
6/2019: Puesta en marcha de la consulta.
11/2019: Evaluación preliminar y corrección de problemas.
4/2020: Evaluación de indicadores descritos.

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 - 2019/1422

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACIÓN CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACIÓN DE CARRO DE PARADA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MARTINEZ BLASCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORONA BELLOSTAS CAROLINA
GAITE VILLAGRA ANTONIO
GIMENO LAGUARDIA NURIA
MUÑIO LIDON SARA
GARCIA AJA BEATRIZ
PEREZ CANO NURIA
SORIANO GRANEL REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Todas las TCAE y los enfermeros de la unidad conocen la localización del carro de parada y realizan en forma de rueda la revisión sistemática del mismo.
Los talleres de RCP pediátrica de formación continuada convocados por el centrro a los que han pedido solicitud los trabajadores de la Unidad se han concedido de manera prioritaria al personal sanitario de la Unidad. Realizado por el 43% de la Unidad en tres ediciones realizadas en 2019.
Realización de dos sesiones formativas dentro de la unidad, necesario seguir realizandolas ciclicamente.
Dado a conocer el circuito y manejo de los DEA del hospital infantil. Pendiente adquisición de un desfibrilador para la zona de consultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las encuestas pre y post formación dan una lectura positiva del programa respecto de la formación realizada.
Del personal que ha realizado los talleres formativos de RCP Y CARRO DE PARADAS HI el 100% conoce la organización y estructura del carro y lo dan a conocer a sus compañeras, el 60% tiene claro como comenzar RCP BASICO. EN este sentido hay que tener en cuenta que en el 80% de las presencias al taller nunca habían recibido formación previa al respecto, por lo tanto los resultados son satisfactorios.
El 100% es conocedor del circuito del HI ante PCR
La totalidad de la plantilla está muy a favor de la continuidad y el reciclaje formativo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La totalidad del equipo, aunque parte fuera reacio en un principio, está muy agusto y concenciado en la necesidad de la formación. Ha servido para aprender a trabajar en equipo y menos indivisulaizadamente en las consultas que es un servicio muy individualista
El miedo por desconocimietno ante una PCR del personal sanitario sobretodo TCAE es un logro manisfestado por la gran mayoría de los profesionales sanitarios.
Por otro lado, ponen de manifiesto un amplio porcentaje de los profesionales formados de la necesidad de seguir formando al resto de la plantilla, de hecho hay muchos profesionales pendientes de realizar el curso que no han sido admitidos en varias ediciones. Y otros que independientemente de los creditos de formación creen necesario el reciclaje formativo cada cierto tiempo.
Queda pendiente la incorporación de un DEA al carro de parada, dada la gran afluencia de personal adulto que transita nuestras zonas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1422 ========== ***

Nº de registro: 1422

Título
PROYECTO DE MEJORA DETECCION, MANEJO, INFORMACION CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACION DE CARRO PARADA

Autores:
MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE, CORONA BELLOSTAS CAROLINA, GAITE VILLAGRA ANTONIO, GIMENO LAGUARDIA NURIA, MUÑIO LIDON SARA, GARCIA AJA BEATRIZ, PEREZ CANO NURIA, SORIANO GRANEL REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1422

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACIÓN CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACIÓN DE CARRO DE PARADA

Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La cadena de supervivencia es la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital.
Existe evidencia en que el manejo temprano y adecuado de la respuesta asistencial ante PCR disminuyen la mortalidad y las secuelas post-PCR.
Se detecta en la unidad falta de criterio unificado sobre la organización del carro de parada, no existe un orden de revisión sistemática por parte del servicio de manera que actualmente sólo se realiza por 2 personas.
Existe una demanda explícita por otros profesionales del servicio en cuanto a la falta de conocimiento respecto situación del carro, y manejo de la PCR en nuestras zonas comunes e instalaciones.
Tratándose de un medio hospitalario de atención programada especializada de paciente pediátrico el cual viene acompañado al menos por un adulto, atención programada especializada de mujer gestante y zona común de espera de resultados e intervenciones quirúrgicas, además de una zona de tránsito dentro del hospital, vimos la necesidad de que todo el personal tenga constancia de ubicación y conformación del carro de paradas. Además dada la circunstancia formar a todo el personal en los posibles circuitos ante PCR y sintomatología acompañante para saber cómo actuar.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos que queremos llevar a cabo van a dirigidos tanto a población adulta como a población pediátrica susceptible de sufrir PCR.

OBJETIVOS Presentar PLAN DE ACTUACIÓN ANTE PCR EN EL HUMS
- Dar a conocer circuito asistencial en caso de PCR en unidades y zonas comunes de HI
- Presentar PLAN DE ACTUACIÓN ANTE PCR EN EL HUMS
- Adquirir conocimientos teóricos en relación a RCP pediátrica, OVACE y DEA
- Gestión de carro de parada, contenido y organización
- Estrategias de optimización:
- Detección precoz de signos y síntomas de PCR
- Aplicación temprana de RCP BÁSICA Y desfibrilación precoz si es necesario
- Inicio en pocos minutos de RCP AVANZADA

MÉTODO
Intervenciones realizadas:
- Revisión sistematizada mensual de carro paradas por todos los enfermeros de la unidad junto a dos TCAE para el conocimiento de todo los elementos y circuitos, mediante una rueda instaurada al azar.
- Información de cursos, talleres de RCP para todo el personal
- Sesiones formativas en la Unidad de gestión de carro, y RCP BÁSICA
- Circuito de manejo de DEA en caso de necesidad (no incluido en carro de parada)

INDICADORES
INDICADORES
Dos encuestas de 10 preguntas tipo test pre y post formación

ESTANDAR
90% plantilla de trabajo es conocedora De la organización básica del carro parada
80% plantilla tiene claro como iniciar RCP BASICA
100% plantilla conoce circuito HI PCR

DURACIÓN
Inicio del proyecto mayo 2019 y paso de la primera encuesta pre formación.
Primera evaluación noviembre 2019, con la plantilla ya formada y entrenada.
Evaluación de la totalidad del personal en marzo 2020.
Valoración de nuevo ciclo formativo, o revisión sistemática según indicadoresen marzo de 2020.

OBSERVACIONES
Actualmente solicitado DEA en plan de necesidades

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1422

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACIÓN CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACIÓN DE CARRO DE PARADA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1431

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO ATENCIÓN ENFERMERA AL NIÑO CON DIABETES HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ESTHER MONGE FERRER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CIVITANI MONZON ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades programadas para la difusión del protocolo pretenden consolidar la mejora de la atención que reciben los pacientes con diabetes tipo 1 pediátricos y sus familias, disminuyendo la variabilidad en su atención integral y basado en la evidencia científica más actual
Finalmente, se decidió organizar una única sesión formativa durante la unificación de verano del personal de las Unidades de Cuidados de Pediatría A y B, ya que surgieron diversos problemas organizativos y de personal los meses previos al periodo estival, tal y como se planteó en un principio (la unidad se quedó con una pediatra menos, y una de las dos enfermeras estuvo de baja durante un largo periodo, por lo que la Unidad estuvo con la mitad de su personal y la misma carga de trabajo durante todo ese periodo)
La sesión tuvo lugar el 10 de septiembre en horario de 14 a 15h (para favorecer la asistencia del personal de mañanas y de tardes) en el Aula de la 1ª planta del hospital infantil. No fue necesaria inscripción previa
Se ofertó al personal de enfermería y TCAEs de las Unidades de Cuidados de Pediatría A y B, y se decidió ampliarlo a otras Unidades como infecciosos, urgencias o UCI ya que surgió un elevado interés al empezar a publicitarlo
Los responsables de publicitar la sesión, fueron los supervisores de las Unidades que suelen tener trato directo con los niños con diabetes mellitus tipo 1. La difusión la realizaron de forma verbal a su personal y mediante cartelería en sus unidades.
Se utilizó el formato de sesión clínica de breve duración, por ser uno de los métodos de educación médica más utilizado. Su metodología permite proporcionar conocimientos, compartir experiencias y discusión de ventajas e inconvenientes.
La sesión clínica fue preparada e impartida por una de las enfermeras educadoras de la Unidad de Diabetes Pediátrica. Basada en las principales Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes y manuales de procedimientos basados en evidencia científica
Como recursos materiales, fue necesario un ordenador con proyector para la presentación del Powerpoint preparado expresamente para dicha sesión.
Asistieron 35 personas entre enfermeras y TCAEs de las distintas Unidades de Cuidados (de ellas, 20 eran de las Unidades de Cuidados Pediátricos A y B).
Se dieron a conocer los procedimientos necesarios durante la hospitalización del niño con diabetes tipo 1 en el que intervienen tanto enfermeras como TCAEs:
-somatometría, pruebas complementarias (análisis de sangre, rayos X, revisión oftalmológica,…) controles de glucemia protocolizados, administración de insulinas según pauta en función de la edad del niño y alimentos permitidos en raciones medidas.
Tuvo una duración aproximada de unos 35 minutos, seguida de turno de preguntas, comentarios y exposición de situaciones concretas (10-15 minutos).
El protocolo presentado en la sesión clínica, se imprimió en formato papel, y además, se dejó en formato electrónico en el escritorio de los ordenadores del control de enfermería de la Unidad de Cuidados Pediátricos B. Con el objeto de facilitar su revisión por el personal de la Unidad, que es el que mayor trato tiene con este tipo de pacientes. Se informó y mostró a todo el personal su versión en papel y electrónico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

CRITERIO	INDICADOR	EXCEPCIONES	ESTÁNDAR
Constatar el conocimiento del protocolo de las enfermeras y TCAE	Realización de 1 sesión para difusión del protocolo al personal de la Unidad de Cuidados Pediátricos B/nºenfermeras y TCAE de la unidad x100		82% ALCANZADO DEL 80% ESPERADO
Constatar el conocimiento del protocolo de las enfermeras y TCAE	Realización de 1 sesión para difusión del protocolo al personal de la Unidad de Cuidados Pediátricos A previo al periodo estival/nº enfermeras y TCAE de la unidad x100	NO PUDO REALIZARSE POR LA AUSENCIA DE LA MITAD DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE DIABETES	75%
Constatar la existencia del protocolo en el control de enfermería de la Unidad de Cuidados Pediátricos B	Revisar la existencia del protocolo en formato papel y en el escritorio de los ordenadores del control de enfermería de la Unidad de Cuidados Pediátricos B		SI

La fuente para la obtención de datos fue por un lado, el número de asistentes a la sesión clínica al finalizar ésta, controlado por la supervisora de la Unidad de Cuidados Pediátricos B. Y por otro lado, constatación de la existencia del protocolo en su formato papel y electrónico en los lugares establecidos, también realizado por la supervisora de la Unidad de Cuidados Pediátricos B.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1431

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO ATENCIÓN ENFERMERA AL NIÑO CON DIABETES HOSPITALIZADO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La sesión clínica fue una experiencia muy positiva, tanto por la implicación de la Unidad de diabetes, como por la satisfacción mostrada por los asistentes.
Este tipo de sesiones son útiles para mejorar y actualizar los conocimientos de los profesionales
Existe todavía, necesidad de mayor motivación por parte del personal para asistir a este tipo de sesiones, que son fuera de su horario de trabajo y tan necesarias para la seguridad en el desarrollo de su trabajo diario.

Debido a la gran rotación y movilidad de personal en las Unidades, es necesario repetir esta sesión de forma periódica, ya que el nuevo personal tiene muchas dudas con este tipo de pacientes, el cual tiene una elevada incidencia de ingreso por su condición de patología crónica y de inicio no previsible.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1431 ========== ***

Nº de registro: 1431

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO ATENCION ENFERMERA AL NIÑO CON DIABETES HOSPITALIZADO

Autores:
RUBIO ABELLA MARIA ROSARIO, CIVITANI MONZON ELISA, MONGE FERRER ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La diabetes mellitus constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial por su alta prevalencia, la morbi-mortalidad asociada y los altos costes derivados de ella. Es un importante problema de Salud Pública que se prevé vaya en aumento en los próximos años, en nuestra unidad atendemos anualmente una media de 30 casos nuevos.
Esta situación demanda nuevos modelos de atención a la cronicidad, requiere diagnósticos cada vez más precoces, atención continuada, educación terapéutica para su autogestión, prevención de complicaciones agudas y crónicas asociadas.
Un mejor grado de asistencia sanitaria no aumenta el costo, ya que con un nivel adecuado de educación se consiguen pacientes con una evolución más estable y menores complicaciones.
La atención clínica de la diabetes, debe seguir unos criterios costo-efectivos, para ello es necesario implantar y adaptar la gestión del proceso de atención a la diabetes quedando claras las competencias de cada profesional. Hay que favorecer la organización de un modelo de cuidados compartidos con una visión integradora de niveles y recursos, dando continuidad asistencial y estableciendo protocolos de actuación. Debido a los numerosos cambios que se producen entre el personal de enfermería, y las consecuencias que tiene sobre la atención a los niños con diabetes, es necesario difundir lo máximo posible este protocolo para unificar pautas de actuación.
El propósito de este protocolo es garantizar que todos los pacientes tengan acceso en las mismas condiciones a las actuaciones y procedimientos para la mejora de su salud y calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
Este protocolo pretende ser un instrumento para consolidar la mejora de la atención que reciben los pacientes con diabetes tipo 1 pediátricos y sus familias, disminuyendo la variabilidad en su atención integral y basado en la evidencia científica más actual

Población diana:

Personal sanitario de enfermería y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería que atienden a niños con diabetes tipo 1 hospitalizados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1431

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO ATENCIÓN ENFERMERA AL NIÑO CON DIABETES HOSPITALIZADO

MÉTODO
Difusión del protocolo mediante sesión formativa presencial al personal de enfermería y TCAE.

En dicha sesión presentada por las enfermeras educadoras de la Unidad de diabetes pediátrica, se dará a conocer los procedimientos necesarios durante la hospitalización del niño con diabetes tipo 1:
-somatometría, pruebas complementarias, controles de glucemia, administración de insulinas y alimentos permitidos en raciones medidas
Se realizará una sesión formativa de unos 45 minutos de duración dirigida a las enfermeras y TACE de la Unidad de Cuidados Pediatricos B, abierto a personal interesado de otras unidades.
Se realizará otra sesión formativa de unos 45 minutos de duración previo al periodo estival, dirigido especialmente al personal de la Unidad de Cuidados Pediátricos A y de nueva incorporación.

Posteriormente a su difusión, se dejará copia en formato papel y en el escritorio de los ordenadores del control de enfermería de la Unidad de Cuidados Pediátricos B

INDICADORES
CRITERIO INDICADOR EXCEPCIONES ESTÁNDAR
-Constatar el conocimiento del protocolo de las enfermeras y TCAE Realización de 1 sesión para difusión del protocolo al personal de la Unidad de Cuidados Pediátricos B/nºenfermeras y TCAE de la unidad x100 80%
-Constatar el conocimiento del protocolo de las enfermeras y TCAE Realización de 1 sesión para difusión del protocolo al personal de la Unidad de Cuidados Pediátricos A previo al periodo estival/nº enfermeras y TCAE de la unidad x100 75%
-Constatar la existencia del protocolo en el control de enfermería de la Unidad de Cuidados Pediátricos B Revisar la existencia del protocolo en formato papel y en el escritorio de los ordenadores del control de enfermería de la Unidad de Cuidados Pediátricos B SI/NO

DURACIÓN
Elaboración del protocolo durante 2018.
Realización de las sesiones formativas durante 2019, una antes del periodo estival
Revisión de los indicadores: diciembre de 2019, y reformulación de los objetivos e indicadores si precisa

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 - 2019/0744

1. TÍTULO

DETECCION Y NOTIFICACION PRECOZ DE EMBARAZADAS CON SEROLOGIA NEGATIVA FRENTE A PARVOVIRUS B19 Y/O CITOMEGALOVIRUS QUE TRABAJEN EN SERVICIOS DE RIESGO DEL SECTOR II ZARAGOZA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PAULA GARCES FUERTES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AISA ALASTUEY CONCEPCION
CAMPO SANZ MATILDE
EZPELETA ASCASO IGNACIO
GIL NAVARRO SABRINA
IGUACEL ACIN MARIA TERESA
LATORRE MOSTEO CARMEN
TERREN MARCO NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el mes de marzo de 2019 se amplió el registro del número de variables en la base de datos excell de embarazadas y se realizó una reunión interdisciplinar sobre el proyecto.

En abril del 2019 comenzó el proyecto de mejora y de forma continuada se han ido realizando las siguientes actividades:

- Citación preferente (<=5 hábiles) a embarazadas desde el conocimiento de demanda por motivo de embarazo.

- Valoración del riesgo biológico frente a parvovirus B19 y/o citomegalovirus según el puesto de trabajo y, si ha procedido, extracción de serología en primera consulta sanitaria. Tras ello, acceso diario a la historia clínica electrónica de la trabajadora para detectar lo antes posible el resultado y su registro: negativo /positivo.

- Notificación temprana a dirección correspondiente (<=48 horas hábiles) cuando se ha determinado la existencia de riesgo por serología negativa a dichos agentes biológicos y registro.

- Registro de resolución del proceso: Cambio de puesto / Derivación a mutua.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tanto la reunión del equipo multidisciplinar sobre el proyecto, como la ampliación y registro de las variables en la base de datos de embarazadas se ha llevado a cabo, sin incidencias.

Durante el período comprendido de abril a diciembre del año 2019 han sido atendidas un total de 152 embarazadas, de las cuales un 50.66% (n:77) trabajan en servicios de riesgo a agentes biológicos parvovirus o citomegalovirus (Atención Primaria, Pediatría, Urgencias, Neumología, Medicina Interna, Unidad de Trasplantes y UCI).

La media de edad de embarazadas en estos servicios de riesgo es 34,3 años. En relación a la categoría profesional, se ha observado que la mayoría son enfermeras (54,55%), 18,18% facultativos de medicina, 18,18 % técnicos cuidados auxiliares de enfermería y un 9,1% son celadoras, residentes de medicina y matronas.

En todos estos casos, desde que la embarazada se ha puesto en contacto con la Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales para comunicar su situación, se ha ofertado la citación de forma preferente =5 días, observando que una trabajadora retrasó la consulta a petición propia por motivo vacacional.

Se solicitó serología de parvovirus y/o citomegalovirus a las 77 embarazadas que trabajaban en servicios de riesgo, obteniendo un 50% (n:39) de resultados IgG negativo. El resultado negativo a ambas serologías se observó en un 35,90% (n:14) y, de forma individual, a parvovirus un 43,59% (n:17) y a citomegalovirus 20,51% (n:8). Cabe resaltar que, en el momento de observar el resultado negativo, cuatro trabajadoras se encontraban en situación de incapacidad temporal por enfermedad común y continuaron hasta el final de la gestación, por lo cual al estar exentas del riesgo al agente biológico no se realizó la comunicación del riesgo a la dirección correspondiente.

En los 35 embarazadas restantes, la notificación a la dirección en un plazo = 48 hábiles, se llevó a cabo en un 97,14% (n:34), excepto en un caso donde el tiempo se prolongó, justo coincidiendo con el inicio del proyecto de mejora.

Finalmente, se cambió de puesto por este riesgo a un 14,29% de las embarazadas (n:5), mientras que a un 85,71% (n:30), tras notificar la dirección que no existan puestos vacantes para cambio o adaptación, se derivó al servicio de Personal y mutua MAZ para iniciar la prestación de riesgo por embarazo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0744

1. TÍTULO

DETECCION Y NOTIFICACION PRECOZ DE EMBARAZADAS CON SEROLOGIA NEGATIVA FRENTE A PARVOVIRUS B19 Y/O CITOMEGALOVIRUS QUE TRABAJEN EN SERVICIOS DE RIESGO DEL SECTOR II ZARAGOZA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A partir de la reciente revisión de la "Guía de Ayuda para la valoración del riesgo laboral durante el embarazo" donde determinan la existencia de riesgo a parvovirus y/o citomegalovirus en trabajadoras no inmunizadas y que presten asistencia en servicios sanitarios considerados de riesgo, llevó al equipo de mejora a determinar un sistema de detección y notificación precoz en caso de serología negativa a dichos agentes. Desde el comienzo, la herramienta de registro y el sistema de seguimiento resultó útil y práctico.

Respecto a la cuantificación de días de demora para primera visita en consulta, hubieramos preferido un registro por parte del mismo programa informático de citación, ya que su ausencia nos llevó a preguntar directamente a la trabajadora si su cita había sido dado en un tiempo inferior o igual a cinco días.

Desde la Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales, se va a continuar con este proyecto de mejora, ya que ha sido valorado positivamente por los profesionales en cuanto a utilidad, facilidad de seguimiento de la embarazada y alcance de medidas preventivas. La detección temprana ha permitido disminuir el tiempo de exposición al riesgo y, por consiguiente, la probabilidad de que la trabajadora pudiera contraer una infección y transmitirse al feto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/744 ========== ***

Nº de registro: 0744

Título
DETECCION Y NOTIFICACION PRECOZ DE EMBARAZADAS CON SEROLOGIA NEGATIVA FRENTE A PARVOVIRUS B19 Y/O CITOMEGALOVIRUS QUE TRABAJEN EN SERVICIOS DE RIESGO DEL SECTOR II ZARAGOZA

Autores:
GARCES FUERTES PAULA, AISA ALASTUEY CONCEPCION, CAMPO SANZ MATILDE, EZPELETA ASCASO IGNACIO, GIL NAVARRO SABRINA, IGUACEL ACIN MARIA TERESA, LATORRE MOSTEO CARMEN, TERREN MARCO NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Determinar las condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto y adoptar las medidas necesarias para evitar la exposición a riesgos específicos es uno de los objetivos del artículo 26 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, así como del RD 664/1997.
En la última revisión de la "Guía de Ayuda para la valoración del riesgo laboral durante el embarazo" se ha contemplado el riesgo biológico frente a parvovirus B19 y citomegalovirus en determinadas trabajadoras de centros sanitarios, por ello se hace necesario conocer la situación actual de embarazadas en el Sector Zaragoza II (según aquellos servicios considerados de riesgo) y, ante la existencia de riesgo laboral por serología negativa a dichos agentes biológicos, éste se elimine en el menor tiempo posible.

RESULTADOS ESPERADOS
- Conocer la proporción de trabajadoras embarazadas que desarrollen su actividad en servicios de riesgo: Atención Primaria, Pediatría, Urgencias, Neumología, Medicina Interna, Unidad de Trasplantes y UCI.

- Estimar la prevalencia de serología negativa a parvovirus B19 y/o citomegalovirus en embarazadas que desarrollan su actividad en servicios de riesgo y, conocer cuántas son cambiadas de puesto de trabajo por

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0744

1. TÍTULO

DETECCION Y NOTIFICACION PRECOZ DE EMBARAZADAS CON SEROLOGIA NEGATIVA FRENTE A PARVOVIRUS B19 Y/O CITOMEGALOVIRUS QUE TRABAJEN EN SERVICIOS DE RIESGO DEL SECTOR II ZARAGOZA

dicho motivo.

- Determinar tiempos de detección y notificación del riesgo biológico frente a parvovirus B19 y/o citamegalovirus por evidencia de serología negativa en embarazadas que desarrollan su actividad en servicios de riesgo.

MÉTODO
- Ampliación de registro de variables en la base de datos de embarazadas.
- Citación preferente (<=5 hábiles) a embarazadas desde el conocimiento de demanda por motivo de embarazo.
- Valoración del riesgo biológico frente a parvovirus B19 y/o citomegalovirus según el puesto de trabajo y, si procede, extracción de serología en primera consulta sanitaria. Rregistro del resultado de serología: negativo / positivo.
- Notificación temprana a dirección correspondiente (<=48 horas hábiles) cuando se determine existencia de riesgo por serología negativa a dichos agentes biológicos y registro.
- Registro de resolución del proceso: Cambio de puesto / Derivación a mutua.

INDICADORES

- Realización de proporciones y prevalencias de la situación actual; (SI / NO); 100%

- Porcentaje de registros completados sobre resultados de serologías y del proceso; (nº registros completados / total embarazadas en servicios de riesgo*100); >=95%

- Porcentaje de embarazadas que trabajan en servicios de riesgo con citación <= 5 días; (nº embarazadas con citación <=5 días / total embarazadas en servicio de riesgo*100); >=90%

- Porcentaje de notificaciones a dirección correspondiente en <= 48 horas hábiles por riesgo biológico frente a parvovirus B19 y/o citomegalovirus; (nº notificaciones en <= 48 horas hábiles / total embarazadas con serología negativa*100); >=90%.

DURACIÓN
- Reunión del equipo multidisciplinar sobre seguimiento y registro: marzo 2019.
- Ampliación de registros en base de datos de embarazadas: marzo 2019
- Fecha de comienzo recogida de datos: 1 abril 2019.
- Fecha de finalización del proyecto: 31 diciembre 2019.
- Análisis y evaluación de los resultados: 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 - 2019/0588

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES EN LAS U.S.M

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SOLER GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA GRACIA PATRICIA
CALVO ESTOPIÑAN MARIA PILAR
SIMAL GALINDO TATIANA
ORCAJO VILLAPUN DAVID
RIPALDA ROVIRA MARIA DOLORES
PAREDES CARREÑO PAMELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha informado e incentivado la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.
Se ha iniciado la recopilación de los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las Unidades de Salud Mental (USM/USMIJ) de Psiquiatría Sector II.
Se han Identificado las áreas vulnerables de nuestro sistema.
Se está realizando la divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones.
Se ha elaborado un sistema de notificación de efectos adversos interno más ágil (a través de envío de mail y a dispositivos móviles).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha identificado como área vulnerable la gestión administrativa (gestión de citas, gestión de historia clínica en papel…)

De las 8 actividades propuestas a lo largo del proyecto, se evaluó como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%
Indicadores parciales (por objetivo):

- Registro de incidencias en el curso de 4 meses; (si)
- Presentación en sesión de Calidad el análisis de los datos de los EA recogidos, incluso se ha realizado una sesión clínica con todo el Servicio para divulgar la información (si)
- Potenciación de sistemas de notificación online, con el uso de nuevas tecnologías con notificaciones cada dos semanas recordando la notificación (si)
- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50% (si)
- Registro de incidencias en el curso de 4 meses; Se ha iniciado el registro (100%)
-Presentación en grupo de calidad el análisis de los datos de los EA recogidos. (si)
- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal. Se ha modificado a envío por mail y dispositivos móviles con periodicidad mensual recordatorio de registro de efectos adversos. (100%)
- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50% (si)

De forma global se han encontrado que el 10,5% eran debidos a error en la comunicación, a falta de conocimiento, mala administración del fármaco y otras causas.
Un 31,6% fue debido a problemas administrativos
Un 21,1% por efecto secundario del tratamiento.
Un 5,3% por retraso en el tratamiento.

Un 78,8% fueron eventos evitables; en un 52,6% ocasionó daño leve, un 36,8% sin daños y un 10,5% daños graves.

La mayoría se podrían haber resuelto mejorando la gestión administrativa (citas en papel, historia clínica electrónica, administrativa sustituta con nociones en agenda HIS, evitando saturación de agenda). Los efectos farmacológicos fueron leves e inevitables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la sesión clínica informativa se recogieron muchas más incidencias que no se subieron al registro por presión asistencial. En la encuesta de satisfacción, el 100% consideró útil tener un sistema de notificación, aunque también consideraron que se notificaba menos de lo real. Un 75% veían como inconveniente principal la presión asistencial y la necesidad de mayor implicación. Sigue siendo una tarea pendiente el potenciar la notificación de los eventos adversos. La presión asistencial hace que en el día a día no se registren la mayor parte de las incidencias que ocurren de forma habitual en las USM/USMIJ.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0588

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES EN LAS U.S.M

*** ========== Resumen del proyecto 2019/588 ========== ***

Nº de registro: 0588

Título
SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES EN LAS USM

Autores:
SOLER GONZALEZ CRISTINA, GRACIA GARCIA PATRICIA, CALVO ESTOPIÑAN MARIA PILAR, SIMAL GALINDO TATIANA, ORCAJO VILLAPUN DAVID, RIPALDA ROVIRA MARIA DOLORES, PAREDES CARREÑO PAMELA, NAVAS FERRER CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Aunque los estudios sobre EA se han centrado habitualmente en la atención hospitalaria, cada día es mayor el interés de los profesionales y las organizaciones sanitarias por estudiar la magnitud de los EA en el ámbito ambulatorio.

La prevención de EA en el ámbito ambulatorio debe ser una prioridad, dado que el 70% de los EA que acontecen en este nivel de atención son evitables.

La magnitud del problema es difícil de cuantificar, pero es necesario incrementar la seguridad del paciente, mejorar la calidad de la asistencia y facilitar un sereno ejercicio profesional.
Pero los pacientes son especialmente vulnerables, de tal modo que no siempre va a ser fácil distinguir entre los EA que van ligados a los cuidados de aquellos que son facilitados por los factores de riesgo intrínseco y/o extrínseco, que no son exactamente los mismos que los condicionados por la enfermedad (complicaciones esperables en una determinada proporción).

La asistencia sanitaria implica, necesariamente, riesgos. El profesional que trabaja en un «entorno imperfecto» debe, por tanto, conocer cuál es el riesgo asistencial asociado a su trabajo.
Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos necesario realizar programas de sensibilización de los profesionales que trabajamos en el ámbito sanitario. El impacto sanitario, social y económico de los efectos adversos, convierte su estudio en una prioridad de Salud Pública

RESULTADOS ESPERADOS
Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos. Implementar mecanismos eficaces para notificarlos si éstos sucediesen. Se actuará en todos los pacientes, de todas las edades.

Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las Unidades de Salud Mental (USM/USMIJ) de Psiquiatría Sector II.
Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.
Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.
Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS.
Análisis del impacto del programa.

MÉTODO
I. Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos. Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las USM de Psiquiatría:
1. Divulgación del formulario de registro de efectos adversos (Responsable)
2. Información y consenso en los criterios de registro
(reunión de grupo)
3. Registro de incidencias por el personal de las USM.
4. Análisis de “puntos débiles” y propuestas (reunión de grupo)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0588

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES EN LAS U.S.M

II.- . Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.
Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.:
5.Elaboración de guía con estrategias para la prevención de los incidentes, errores y efectos adversos detectados (Responsable)
III.- Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS:
6. Establecer reuniones de información y formación para prevenir incidentes
IV.- Análisis del impacto del programa:
7.Realización de una encuesta anónima a los facultativos, MIRes, PIRes y enfermería de las USM, valorando satisfacción y utilidad del programa para el desarrollo de su actividad diaria.
8- Establecer acciones de mejora para 2020.

INDICADORES
De las 8 actividades propuestas a lo largo del proyecto, evaluaremos como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%
Indicadores parciales (por objetivo):
- Registro de incidencias en el curso de 4 meses; estimamos un registro aproximado de incidencias.
- Presentación en sesión de Calidad el análisis de los datos de los EA recogidos (si/no)
- Potenciación de sistemas de notificación online, con el uso de nuevas tecnologías
- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50%

DURACIÓN
- MARZO-JUNIO 2019: Divulgación del formulario de registro de efectos adversos y primera reunión del grupo de trabajo. Reuniones de grupo para analizar “puntos débiles”
- JULIO-NOVIEMBRE 2019: Reevaluar datos y establecer alertas. Implicar y motivar al personal de las notificaciones de efectos adversos
- DICIEMBRE 2019: Análisis del impacto del programa y elaboración de la memoria 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 - 2019/0589

1. TÍTULO

MEMORIA CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE PÁGINA WEB/ENLACE INTRANET SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PEREZ ECHEVERRIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTEGA ALVARADO PABLO
PASCUAL OLIVER MIGUEL
SOLER GONZALEZ CRISTINA
CAUDEVILLA SOLER CLARA
BUENO NOTIVOL JUAN
QUIJADA RUIZ LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar, se realizó un diseño de los contenidos mínimos que debía tener la web del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet.

Se contactó con el servicio de informática para ver cómo se podía disponer de la información en la intranet del Sector II

Se desarrollaron los contenidos, permitiendo exponer la información tanto de los integrantes como de los servicios que ofrece a la comunidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido el objetivo de dar visibilidad al Servicio de Psiquiatría del Sector II.

Se ha realizado la creación de un sitio web del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet, integrado en la página de internet del Sector II y dirigido a los ciudadanos.

http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/paginas-libres/portal-sector/servicios-clinicos/servicios-medicos/psiquiatria.html

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha iniciado la página con unos contenidos mínimos para tener una presencia en Internet y dar visibilidad al Servicio de Psiquiatría del Sector II.

Será necesario reevaluar periódicamente y actualizar cambios estructurales y novedades del Servicio.

Indicadores:
- Puesta en marcha del sitio web: si
- Incluirla en la pagina de intranet del Sector II: si

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/589 ========== ***

Nº de registro: 0589

Título
CREACION Y DIFUSION DE PAGINA WEB/ENLACE INTRANET SERVICIO DE PSIQUIATRIA

Autores:
PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS, ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO, PASCUAL OLIVER MIGUEL, SOLER GONZALEZ CRISTINA, CAUDEVILLA SOLER CLARA, BUENO NOTIVOL JUAN, QUIJADA RUIZ LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0589

1. TÍTULO

MEMORIA CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE PÁGINA WEB/ENLACE INTRANET SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En la era digital, el Servicio de Psiquiatría del Sector II, no cuenta con un sitio web dirigido a los ciudadanos y usuarios del Sector. Son numerosos los Servicios que ya cuentan con este tipo de enlace en la Intranet del Sector II.

RESULTADOS ESPERADOS
Es importante adaptarse a las nuevas formas de comunicación y estar presente en los medios digitales por lo que nuestro objetivo es dar visibilidad al Servicio de Psiquiatría del Sector II.

Nuestro objetivo es la creación de un sitio web del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet, integrado en la página de intranet del Sector II y dirigido a los ciudadanos.

La creación de una página web permitiría al Servicio de psiquiatría exponer la información tanto de los integrantes como de los servicios que ofrece a la comunidad, permitiendo una transparencia en el trabajo realizado y reflejando la imagen, los objetivos y metas del Servicio.

MÉTODO
Identificar a una persona responsable del Servicio de Psiquiatría para gestionar la información que se ofrecerá sobre el mismo.
Crear los contenidos y facilitarlos al Servicio de informática para incluirlo en la Intranet del Sector.
Reevaluar los resultados y valorar modificar contenidos según cambios estructurales.

MÉTODO
- Definición de la estructura del sitio web y diseño.
- Generación de los contenidos. Diseñar los contenidos mínimos necesarios para dar visibilidad al Servicio de Psiquiatría del Sector II.
- Definición de responsables para su mantenimiento. Actualización del personal adscrito y de las novedades del Servicio.
- Definición de responsables de contenidos, buscando facilidad en la navegación.

INDICADORES
- Puesta en marcha del sitio web (si/no)
- Incluirla en la pagina de intranet del Sector II (si/no)

DURACIÓN
- FEBRERO 2019- DICIEMBRE 2019 creación de los contenidos y estructura del página web. Actualización según novedades y cambios estructurales.

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 - 2019/0596

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN PACIENTE PSICOGERIATRICO

Fecha de entrada: 25/12/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA GRACIA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORBERA ALMAJANO MANUEL
PEREZ POZA ALFONSO
CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA
PEREZ PEMAN CAMINO
ALDA DIEZ MARTA
PAREDES CARREÑO PAMELA
BUENO NOTIVOL JUAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración de material formativo basado en Guías de Práctica Clínica y Guías de Consenso de Expertos sobre el uso de Antipsicóticos en pacientes con demencia. Revisión por el Grupo de Trabajo de Uso Racional del Medicamento en Paciente Crónico Complejo con Demencia, constituido por un equipo multidisciplinar de expertos en el abordaje del paciente con demencia pertenecientes al sector II de Zaragoza.
2. Sesión específica como parte del programa de sesiones clínicas en el Servicio de Psiquiatría. Formación y sensibilización de facultativos en las diferentes secciones.
3. Sesiones formativas en Centros de Atención Primaria del ámbito del Sector II.
4. Encuesta anónima de evaluación de las sesiones formativas, para evaluar la utilidad percibida para su práctica diaria por parte de los profesionales asistentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Definición de criterios de uso racional de antipsicoticos (AP) en los pacientes con demencia. Indicador: SI (standard)
2.- Indicador: Número de reuniones y/o sesiones clínicas del Servicio de Psiquiatría destinadas a la divulgación del programa= 1 (standard)
3.- Indicador: Número de sesiones formativas en Centros de Atención Primaria=4. (Standard: 4+)
4.- Indicador: Porcentaje de profesionales asistentes que valoran la formación útil para su práctica asistencial= 100% de las respuestas valoran la formación bastante o muy útil. (Standard: 50%+)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El programa se ha desarrollado con un cumplimiento del 100% de los objetivos. Se han llevado a cabo sesiones formativas en todos los Centros de Atención Primaria del ámbito del Centro de Salud Mental de Reboleria y otra dirigida a los profesionales del Servicio de Psiquiatría, con alto grado de satisfacción de los asistentes, que valoran muy útil el contenido de la sesión y que puede influir bastante en sus hábitos de prescripción.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/596 ========== ***

Nº de registro: 0596

Título
USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN PACIENTE PSICOGERIATRICO

Autores:
GRACIA GARCIA PATRICIA, CORBERA ALMAJANO MANUEL, PEREZ POZA ALFONSO, CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA, PEREZ PEMAN CAMINO, ALDA DIEZ MARTA, PAREDES CARREÑO PAMELA, BUENO NOTIVOL JUAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0596

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN PACIENTE PSICOGERIATRICO

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

PROBLEMA
Los fármacos antipsicóticos (AP) son los más utilizados para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales en los pacientes con demencia (SPCD), tal como los delirios, la agitación y la agresividad. La mayoría de estos pacientes reciben tratamiento AP durante un tiempo prolongado, y con frecuencia se usan combinaciones de varios AP en un mismo paciente. Estos fármacos tienen efectos adversos y riesgos significativos, a los que los ancianos son especialmente vulnerables. Por otro lado, en muchas ocasiones se utilizan 'fuera de indicación'. Por tanto, el tratamiento con AP en los pacientes con demencia exige una protocolización específica que permita hacer un uso racional de los mismos.
Una de las conclusiones del Programa de Calidad titulado: EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP), incluido en los Acuerdos de Gestión Clínica 2018 (0189/2018), fue la necesidad y la demanda por parte de los Médicos de AP de formación en relación al abordaje de los SPCD y el uso de AP en el anciano (84% y 88.5% de los facultativos encuestados, respectivamente).

RESULTADOS ESPERADOS
1) Definir criterios de uso racional de AP en los pacientes con demencia.
2) Divulgación de criterios a todos los Facultativos del Servicio de Psiquiatría del HUMS.
3) Divulgación de criterios en algunos Centros de Atención Primaria del sector II, como experiencia piloto.
4) Evaluar utilidad percibida de las sesiones formativas entre los profesionales implicados y, eventualmente, aspectos a mejorar en las mismas.

MÉTODO
1. Elaboración de material formativo basado en Guías de Práctica Clínica y Guías de Consenso de Expertos sobre el uso de AP en pacientes con demencia.
2. Revisión del material por el Grupo de Trabajo de Uso Racional de Medicamento en el Paciente Crónico Complejo con demencia, constituido por un equipo multidisciplinar de expertos en el abordaje del paciente con demencia pertenecientes al sector II de Zaragoza, y por la Comisión de URM del Hospital Miguel Servet.
3. Divulgación del material formativo entre los profesionales del Servicio de Psiquiatría del HUMS.
4. Sesiones formativas en Centros de Atención Primaria del ámbito de USM Reboleria y USM Casablanca.
5. Encuesta de evaluación de las sesiones formativas, para evaluar la utilidad percibida para su práctica diaria por parte de los profesionales asistentes.

INDICADORES
1. SI/NO (estándar: SI)
2. SI/NO (estándar: SI)
3. Número de sesiones formativas dirigidas a profesionales del Servicio de del HUMS (estándar: 1); registro cualitativo de otras medidas de divulgación del material en este ámbito.
4. Número de sesiones formativas dirigidas a facultativos de AP del ámbito de USM Reboleria y Casablanca (estándar: 4)
5. Porcentaje de profesionales que valoran utilidad las sesiones formativas (estándar: >50%)

DURACIÓN
1. Marzo-Abril 2019
2. Abril-Mayo 2019
3. Mayo-Junio 2019
4. Septiembre 2019- Febrero 2020
5. Septiembre 2019- 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 - 2019/0960

1. TÍTULO

GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES CON TRANSTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN ASENSIO MANERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ CRESPO ANA ISABEL
SANCHEZ MENA MARTA
AZNAR LAPUENTE MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo de los meses de abril a junio de 2019, se recopiló la información sobre grupos psicoeducativos en pacientes con enfermedad mental. El punto de partida conceptual fue el de que los Programas Psicoeducativos deben estar dentro de los Programas de Atención de Enfermería, de tal manera que, si conseguimos que el paciente conozca mejor su enfermedad, su tratamiento y las consecuencias del abandono del mismo, sin duda conseguiremos un mejor cumplimiento. Así, el papel de Enfermería en los programas Psicoeducativos es fundamental, ya que la enfermera es quien más contacto tiene con el paciente y, por tanto, es quien de forma más apropiada transmitirá los conocimientos, escuchará los problemas o preocupaciones que sufran los pacientes, y valorará si el aprendizaje y maduración es el adecuado.
En el mes de junio 2019, se iniciaron las sesiones informativas en los Centros de Salud Mental que engloban el Sector Zaragoza II (CSM Fuentes Norte, CSM San José Norte, CSM Sagasta, CSM Torrero-La Paz, CSM Rebolería y CSM Casablanca). En ellos se informó a las profesionales de Enfermería sobre este marco conceptual y se divulgó la metodología a utilizar según se explica más adelante.
Entre julio y noviembre de 2019 se desarrollaron los grupos psicoeducativos dirigidos a una población compuesta por personas mayores de 18, de ambos sexos, con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (Esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, Trastornos de personalidad y Trastornos del estado de ánimo) que presentasen deterioro en su funcionamiento psicosocial y en su integración socio-comunitaria y sanitaria, a fin de prevenir situaciones de abandono y marginación; y sobre todo ayudarles a mantenerse en adecuadas condiciones de salud y autocuidados en su propia vivienda y/o en su entorno familiar y social.
Los recursos utilizados consistieron en una sala de la USM y en material didáctico. Este consistió en diferentes materiales audiovisuales como vídeos, películas, posters, libros, folletos, etc., además de rotuladores, folios, pizarra, pinturas, cuaderno individual, etc.
La metodología empleada en las sesiones consistió en:
Establecimiento de las NORMAS a cumplir para un adecuado funcionamiento del grupo:
Puntualidad y asistencia a todas las actividades del programa.
Los pacientes deben estar motivados y dispuestos a participar en el programa; de lo contrario, no se obtendrán los beneficios esperados.
Todas las experiencias y vivencias compartidas por los pacientes con el resto del grupo son de carácter confidencial.
Si durante la sesión el paciente presenta un estado de ansiedad, podrá abandonar la sesión comunicándolo en privado al profesional que dirija la actividad.
Las sesiones serán participativas. Esta interacción de todos en torno al tema elegido estimula el intercambio entre los pacientes.
Está prohibido el consumo de alcohol u otras drogas, quedando el paciente excluido del programa de psicoeducación si se produce dicho consumo.
Las sesiones se desarrollaron en grupos de un máximo de 6 personas, durante dos días a la semana a la misma hora, con aproximadamente una hora de duración. La base teórica previamente recopilada y transmitida se basó en la Dinámica del Grupo y en la Psicología del Aprendizaje, para lo que se requería que la Enfermera coordinadora de estas actividades cuidase de:
Crear un ambiente de grupo gratificante, usando el buen humor y el refuerzo social.
Fomentar la participación de todos los miembros del grupo, usando para ello los nombres propios de los pacientes, y crear un ambiente seguro, usando el refuerzo positivo.
Emplear el diálogo con los participantes a través de preguntas y respuestas incluso para la trasmisión de la información, procurando una mayor dinámica y participación del grupo y evitando así que la transmisión de información sea una clase magistral.
Nivel de exigencia progresivo. Uso de recursos y materiales para mantener la concentración sobre la actividad.
Intentar que las distracciones con otros temas sean las menos posibles e indicar en qué momento sería conveniente el planteamiento de dudas.
Iniciar todas las sesiones recordando los objetivos que se pretenden conseguir en cada sesión. Utilizar rutinas y normas claras que permitan identificar la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante los meses de septiembre y diciembre de 2019, una vez pasado el paréntesis veraniego, se implementaron los grupos Psicoeducativos, llevándose a cabo las siguientes sesiones en los Centros de Salud Mental del Sector Zaragoza II:
CSM Torrero-La Paz: Grupos psicoeducativos centrados en la Ansiedad. Se han realizado 5 sesiones. La asistencia media fue del 86,6%.
CSM San José Norte: Grupos psicoeducativos centrados en la Relajación y Prevención de recaídas. Se han realizado 8 sesiones. La asistencia media fue del 82,5%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0960

1. TÍTULO

GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES CON TRANSTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

CSM Las Fuentes Norte: Grupos psicoeducativos centrados en la Relajación. Se han realizado 4 sesiones. La asistencia media fue del 87,5%.
CSM Casablanca: Grupos psicoeducativos centrados en Psicoeducación y Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Se han realizado 2 sesiones. La asistencia media fue del 90%.
CSM Sagasta: Grupos psicoeducativos centrados en Psicoeducación. Se han realizado 2 sesiones. La asistencia media fue del 83,3%.
CSM Rebolería: Grupos psicoeducativos centrados en ABVD y Adherencia al tratamiento. Se han realizado 4 sesiones. La asistencia media fue del 85%.
A lo largo de los meses se mantuvo una asistencia media en conjunto del 85,81%.
Se informaron dificultades relacionadas con los siguientes factores:
Encontrar un tiempo específico para la actividad en las ya sobrecargadas agendas del personal de Enfermería.
Problemas con la continuidad de las/los profesionales asignados al CSM y encargadas de la actividad, por coincidir con una época de resoluciones de movilidad laboral.
Garantizar un espacio adecuado (con los medios materiales, espacio y mobiliario) para la actividad a desarrollar en el horario disponible.
Dificultad para coordinar el inicio de la actividad en una época en que no se viese interrumpida por periodos vacacionales del personal y/o de los pacientes.
Aunque el periodo de seguimiento tras la conclusión de las sesiones ha sido breve, no se ha informado de la desestabilización clínica de ninguno de los pacientes incluidos en los grupos en los distintos CSMs.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la Psicoeducación hemos observado que se hace al paciente más responsable y protagonista de su cambio, con lo que creemos haber conseguido diferentes objetivos:
Facilitar información actualizada asequible y comprensible para las características particulares e individuales de cada persona.
Ayudarles a responsabilizarse cada uno de sus autocuidados.
Conseguir cambios de comportamiento para lograr conductas más saludables, minimizando o eliminando factores de riesgo.
Incrementar el conocimiento de los factores de riesgo de recidivas, como consumo de drogas como alcohol, cannabis u otros alucinógenos, cambios drásticos en los hábitos de la vida diaria y estrés ambiental aumentando los recursos de afrontamiento y solución de problemas.
Enseñar a diferenciar síntomas de pródromos y a valorar su medicación como el factor principal de protección, favoreciendo la adherencia al tratamiento. También a conocer los efectos secundarios de la medicación y a saber informar sobre ellos.
Reducir el riesgo de recaídas, permitiendo la intervención precoz y previniendo los ingresos hospitalarios.
Eliminar prejuicios sobre las enfermedades mentales y sobre las personas que las sufren.
Aliviar la carga emocional y asistencial sobre sí mismo, la sociedad y familia. Elaborar un vínculo entre pacientes y profesionales dirigido a mejorar relaciones de confianza mutua, a disminuir sentimientos de culpa, a proponerse y alcanzar metas a corto plazo y establecer y enseñar recursos de afrontamiento de recidivas del paciente dado el propio carácter de la enfermedad.
Reconocer y potenciar recursos de los pacientes para el desarrollo de actividades de la vida cotidiana y actividades básicas de la vida diaria. Fomentar la conciencia y control de síntomas y otros patrones disfuncionales.
Aportar a los participantes de un ambiente de enseñanza y apoyo socioafectivo de manera continua y prolongada a lo largo del tiempo, de modo que se favorezca los logros en un ámbito de cotidianeidad.
Hemos constatado que trabajar activamente con el paciente a través de los talleres de Psicoeducación mejora la satisfacción por ambas partes, así como su reinserción a la sociedad y la familia y al trabajo, y desarrolla la capacidad de aumentar los factores protectores para su desarrollo personal. Asimismo ha resultado una tarea descrita como gratificante por los profesionales implicados.
Consideramos que la actividad realizada es sostenible en el futuro, contando con la suficiente planificación en el tiempo de las agendas y con los espacios adecuados en los respectivos CSMs. Se trata de una actividad respaldada por la bibliografía y por la presente experiencia, como generadora de diversas ventajas en el manejo del paciente.
En nuestra opinión, es además un proyecto extrapolable a los CSM de los restantes Sectores sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma, dado que, hasta donde sabemos, el funcionamiento de dichos dispositivos es compatible con la inclusión de esta actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/960 ========== ***

Nº de registro: 0960

Título
GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0960

1. TÍTULO

GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES CON TRANSTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

ORCAJO VILLAPUN DAVID, RIPALDA ROVIRA MARIA DOLORES, ASENSIO MANERO CARMEN, TORES PACHECO JUAN, SANCHEZ MENA MARTA, AZNAR LAPUENTE MIRIAM, DOMPER TORNIL JAIME

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Las personas que sufren trastornos mentales graves en muchas ocasiones presentan un deterioro de la salud fisica que supone un factor añadido a la enfermedad. Esto suele estar asociado a habitos de vida poco saludables y desorganizados, como una mala alimentación, vida sedentaria, ritmo de sueño cambiado, consumo de tabaco y otros toxicos.

RESULTADOS ESPERADOS
mejorar la calidad de vida del paciente
prevenir enfermedaddes cardiovasculares
aumentar el conocimiento y promover habitos de vida saludables

MÉTODO
Buscar información sobre grupos psicoeducativos en pacientes con enfermedad mental
Informar al personal de los csm del proyecto
Evaluación de la participación en el proyecto

INDICADORES
Recogida de información del desarrollo del proyecto e incidencias
Continuidad de asistencia de usuarios a los grupos

DURACIÓN
Marzo- Junio: Divulgar e informar del proyecto de mejora de calidad
Julio-Noviembre: Desarrollo del grupo psicoeducativo
Diciembre: Evaluacoión de la participación de personas en los grupos e incidencias.

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 - 2019/1163

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN GRUPOS MULTIFAMILIARES EN HOPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALFONSO PEREZ POZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE JUAN LADRON YOLANDA
RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA
NOTIVOL HERNANDEZ ROSARIO
SANTA EULALIA MARIA VICTORIA
MOTA RIVAS MARTA
SALVADOR COSCUJUELA SONIA
PASCUAL OLIVER MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades realizadas según el calendario marcado:
1. Búsqueda de bibliografía (finalización en mayo)
2. Evaluación externa (junio y julio)
3. Correciones y valoración del grupo de calidad (agosto y septiembre)
4. Introducir cambios de mejora y contasrtar con usuarios (octubre)
5. Ver resultados y concreción del protocolo (noviembre y diciembre)
Se ha realizado un protocolo de dicho proceso para contribuir de esta forma a la mejora de calidad de nuestro programa de tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores realizados son:
1. Realizar este año el primer análisis del proceso terapéutico.
2. Contrastar el primer análisis con evaluadores externos al proceso.
3. Nueva evaluación por parte del equipo.
4. Incluir correcciones sugeridas.
5. Valoración final por el grupo de calidad de psiquiatría.
6. ¿ Se debe introducir algún cambio?
7. Se contrasta con los usuarios del programa
8. Se finaliza el protocolo.

Se realiza el protocolo que ha sido implementado ya en Hospital de Día de Psiquiatría.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El programa multifamiliar es eficiente y de una gran utilidad en el desarrollo de la recuperación de pacientes y apoyo y sosten de la familia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1163 ========== ***

Nº de registro: 1163

Título
PROTOCOLO ACTUACION GRUPOS MULTIFAMILIARES EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Autores:
PEREZ POZA ALFONSO, DE JUAN YOLANDA, RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, NOTIVOL HERNANDEZ ROSARIO, SANTA EULALIA MARIA VICTORIA, MOTA RIVAS MARTA, SALVADOR COSCUJUELA SONIA, PASCUAL OLIVER MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1163

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN GRUPOS MULTIFAMILIARES EN HOPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

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

PROBLEMA
Desde la apertura de hospital de día de psiquiatría del HUMS hemos sido conscientes de la importancia de la familia en el proceso de recuperación de los usuuarios de nuestro dispositivo. Nos planteamos desde 2018 la necesidad de continuar nuestro proyecto de realizar una protocolización de los aspectos fundamentales del programa terapéuticode hospital de día.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar estudio del proceso de terapia grupal desde un enfoque multidisciplinal. Elaborar un protocolo de dicho proceso para contribuir de esta forma a la mejora de calidad de nuestro programa de tratamiento.

MÉTODO
El objetivo de la protocolización del programa de terapia multifamiliar es conseguir una mayor eficacia y efeciencia, para ello plasmaremos el trabajo que realiza cada profesional y realizaremos una revisión bibliográfica exhaustiva, y finalizaremos haciendo el protocolo.

INDICADORES
1. Realizar este año el primer análisis del proceso terapéutico.
2. Contrastar el primer análisis con evaluadores externos al proceso.
3. Nueva evaluación por parte del equipo.
4. Incluir correcciones sugeridas.
5. Valoración final por el grupo de calidad de psiquiatría.
6. ¿ Se debe introducir algún cambio?
7. Se contrasta con los usuarios del programa
8. Se finaliza el protocolo.

DURACIÓN
1. Búsqueda de bibliografía (finalización en mayo)
2. Evaluación externa (junio y julio)
3. Correciones y valoración del grupo de calidad (agosto y septiembre)
4. Introducir cambios de mejora y contasrtar con usuarios (octubre)
5. Ver resultados y concreción del protocolo (noviembre y diciembre)

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 - 2019/1419

1. TÍTULO

REGISTRO Y EVALUACION DE FACTORES MODIFICABLES EN LAS CONTENCIONES MECANICAS EN U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ..... ESTER IDINI IDINI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ MAISO ANGELA
ROMANCE ALADREN MARINA
ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO
ASENSIO MANERO CARMEN
CAUDEVILLA SOLER CLARA
PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
I. Búsqueda bibliográfica y revisión de factores identificados en las contenciones mecánicas elaboradas (proyecto Safewards). II- Elaboración de hoja de registro del episodio para recoger información sobre la secuencia de acontecimientos en cada caso (reunión del grupo) III. Analizar la secuencia de acontecimientos que concluye en una contención mecánica en la UCE de Psiquiatría del HUMS (agosto-noviembre 2019). IV- Valorar hojas de registro e identificar factores modificables (reunión del grupo). V- Elaborar documento guía sobre factores modificables detectados y cómo modificarlos (responsable).
De los indicadores del estudio teniendo en cuenta la problemática referida (en anterior informe de seguimiento) para el desarrollo del proyecto se han realizado los siguientes: Evaluación de la situación actual, registro y análisis de las contenciones acaecidas durante 4 meses, reuniones para análisis de factores modificables y propuesta de alternativas, reuniones para elaboración de documento guía (tríptico informativo).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los factores implicados en una CM son los mismos identificados por el modelo safewards: Características del paciente, entorno físico, características del equipo (sea problemas proprios, sea incoherencias en la comunicación), estresores externos (problemáticas legales, sociales, conflictos familiares); conflictos en el grupo de pacientes ingresados. El número de pacientes ingresados en la UCE Salud Mental HMS desde mayo hasta noviembre 2019 ha sido de 350 (Mayo: 46, junio: 42, julio: 55, agosto: 49, septiembre: 55, octubre: 62, noviembre: 41). El n número y porcentaje de CM realizadas este periodo de 78 (22,2%). Tras el análisis del registro de contenciones (13 registros) obtenemos los siguiente: En 5 ocasiones el paciente era el mismo. El 50% se realizó en fin de semana así que el número de personal (menor en fin de semana) no parece ser un sesgo. En el 75% de los casos se asociaba una problemática social. Los diagnósticos recogidos eran Demencia 5 (38,4%); Psicosis 2 (15,4%); Trastorno de la personalidad clúster B 3 (23,1%), TOC 1 (7,6%); TEA 2 (15,4%). Si consideramos la clínica que precede a la CM en el 30% de los casos se trataba de estados confusionales, en el 23% manifestaciones psicóticas o descontrol de los impulsos, y en un 15% se presentó agitación psico-motriz. La razón principal para la contención fue evitar riesgo autolesivo en el 84% de los pacientes. Para evitar llegar a la contención las medidas adoptadas por el personal eran las siguientes: Acompañamiento 2 (15,4%); contención verbal 11 (84,6%); Modificación contexto (confort room) 4 (30,7%); Contención farmacológica 6 (46,1%). Reflexiones de los implicados: Solo en dos casos el personal implicado pensó que no se pudo haber hecho otra cosa, en el resto se planteó la adopción de medidas que no se habían implementado como la contención farmacológica (30,7%), un mayor acompañamiento (46,1%), la modificación del contexto (15,4%), informar mejor (15,4%), realizar un registro más exhaustivo (15,4%). Las emociones vivenciadas durante las contenciones fueron de rabia (15,4%), impotencia (7,6%), frustración (25%), tristeza (30,7%), malestar (25%). Cuando la CM se aplicaba al mismo paciente por sus características psicopatológica el personal tiende a normalizarlo probablemente como mecanismo de defensa. En dos ocasiones lo que desencadenó la situación no fue la clínica del paciente, sino un conflicto familiar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las contenciones mecánicas realizadas son siempre la última opción y desencadenadas en el 84,6% por clínica del paciente. Crean malestar en el personal que intenta evitarla adoptando varias medidas preventivas. Sin embargo, no se aplican siempre todas las medidas recomendadas, en ocasiones el personal no se siente formado, no sabe cómo comunicarse o es nuevo en la plantilla. Habría que incluir talleres formativos periódicos de comunicación y resolución de conflictos para el personal que trabaja en salud mental.

7. OBSERVACIONES.
Dado el aplazamiento solicitado por el cambio de responsable faltan las siguientes actividades (tampoco estaban previstas en el cronograma del estudio original antes del 2020): Realización de sesiones clínicas explicativas y divulgación del documento (Previstas en enero y febrero 2020), nuevo registro de CM (febrero-abril 2020), y reevaluar cantidad y condiciones de las contenciones posteriores a la elaboración del documento (mayo 2020).

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1419 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1419

1. TÍTULO

REGISTRO Y EVALUACION DE FACTORES MODIFICABLES EN LAS CONTENCIONES MECANICAS EN U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Nº de registro: 1419

Título
REGISTRO Y EVALUACION DE FACTORES MODIFICABLES EN LAS CONTENCIONES MECANICAS EN U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Autores:
CORBERA ALMAJANO MANUEL, GONZALEZ MAISO ANGELA, ROMANCE ALADREN MARINA, IDINI ESTER, ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO, ASENSIO MANERO CARMEN, CAUDEVILLA SOLER CLARA, PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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 contención mecánica es la inmovilización física, realizada por personal sanitario entrenado y con el equipamiento autorizado, destinada a limitar de forma segura los movimientos de parte o todo el cuerpo de un paciente para su control conductual y prevenir que se dañe a sí mismo y/o a otros y/o que comprometa el medio terapéutico.
Sólo debe utilizarse cuando otras intervenciones (contención oral, etc.) no han resultado efectivas o es imposible iniciarlas, durante el tiempo mínimo necesario para cada situación, con un sistema de registro específico para la prescripción, seguimiento y reevaluación del estado del paciente. En cualquier unidad psiquiátrica es un procedimiento necesario en ocasiones. Conlleva especial importancia al limitar la libertad del paciente, por lo que es necesario preservar sus derechos y evitar potenciales abusos. Conlleva frecuentemente el posterior rechazo del paciente por lo traumático de la experiencia y produce malestar emocional al personal sanitario implicado.
Los datos disponibles sugieren su uso en un 6-12% de pacientes psiquiátricos adultos hospitalizados, aproximadamente en el 30% de pacientes psiquiátricos atendidos en Urgencias y en más del 25% de hospitalizaciones psiquiátricas de niños y adolescentes. Tienden a disminuir tanto el número de sujeciones por paciente como la duración de las mismas, pero aún encontramos gran variabilidad en ambos parámetros.
Por ello, consideramos necesarios programas de formación y sensibilización de los profesionales que trabajamos en estas situaciones de manera que minimicemos su uso y el impacto en el paciente cuando sea inevitable.

RESULTADOS ESPERADOS
Recoger información epidemiológica y analizar la secuencia de acontecimientos que concluye en una contención mecánica en la Unidad de Corta Estancia (UCE) de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS).
Evaluar las condiciones ambientales y de procedimiento susceptibles de modificación para prevenir futuras contenciones.
Elaborar/recopilar conocimiento para desarrollar una guía sencilla con estrategias de prevención y presentar dicha guía.
Divulgar la información y formar al personal implicado sobre cambios eficaces para minimizar el uso de la contención mecánica y de sus secuelas.
Analizar el impacto del programa.

MÉTODO
I. Recoger información epidemiológica y analizar la secuencia de acontecimientos que concluye en una contención mecánica en la UCE de Psiquiatría del HUMS:
- Información y divulgación de la línea (Responsable)
- Elaboración de hoja de registro del episodio para recoger información sobre la secuencia de acontecimientos en cada caso (reunión del grupo)
II. Evaluar las condiciones ambientales y de procedimiento susceptibles de modificación para prevenir futuras contenciones:
- Valorar hojas de registro e identificar factores modificables (reunión del grupo)
III. Elaborar/recopilar conocimiento para desarrollar una guía sencilla con estrategias de prevención y presentar dicha guía:
- Elaborar documento guía sobre factores modificables detectados y cómo modificarlos
IV. Divulgar la información y formar al personal implicado sobre cambios eficaces para minimizar el uso de la contención mecánica y de sus secuelas:
- Realización de sesiones clínicas explicativas.
V. Analizar el impacto del programa
- Reevaluar cantidad y condiciones de las contenciones posteriores a la elaboración del documento.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1419

1. TÍTULO

REGISTRO Y EVALUACION DE FACTORES MODIFICABLES EN LAS CONTENCIONES MECANICAS EN U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Se evaluará, como indicador global para medir el estado de desarrollo de la línea, el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >75%:
- Evaluación de la situación actual (sí/no)
- Registro y análisis de las contenciones acaecidas durante 6 meses (=75%).
- Reuniones para análisis de factores modificables y propuesta de alternativas (1/mes)
- Reuniones para elaboración de documento guía (sí/no)
- Sesiones de divulgación de la información (=2).
- Análisis posterior del impacto, con disminución de contenciones mecánicas =50%.

DURACIÓN
ABRIL-OCTUBRE 2019: Recoger información epidemiológica y analizar la secuencia de acontecimientos que concluye en una contención mecánica en la UCE de Psiquiatría del HUMS.
NOVIEMBRE 2019-ENERO 2020: Evaluar las condiciones ambientales y de procedimiento susceptibles de modificación para prevenir futuras contenciones. Elaborar/recopilar conocimiento para desarrollar una guía sencilla con estrategias de prevención y presentar dicha guía.
FEBRERO 2020: Divulgar la información y formar al personal implicado sobre cambios eficaces para minimizar el uso de la contención mecánica y de sus secuelas.
MARZO-JUNIO 2020: Reevaluar cantidad y condiciones de las contenciones posteriores a la elaboración del documento.

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 - 2019/1434

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CAMINO PEREZ PEMAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERDUN PE RUT
IDINI IDINI ESTER
PASTOR MONTAÑO MARIA ANGELES
ALAYETO ADIEGO PATRICIA
DIAZ GIL-CASTANEDA CARMEN
PUEYO JIMENEZ ALBA MARIA
ROMANCE ALADREN MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
I. Revisión bibliográfica sobre Ambiente Terapéutico y medición del mismo.
II. Pasar Escala WAS (Ward Atmosphere Scale) a usuarios y profesionales, tras explicar el proyecto y firmar consentimiento informado, garantizando anonimato.
III. Análisis de resultados iniciales, identificando áreas de mejora.
IV. Asamblea de equipo para implementar estrategias definidas.
V. Primera evaluación de resultados.
VI. Creación Grupo de Psicoterapia Abierto en la Unidad como estrategia de mejora y modificación del Tríptico informativo para el paciente y familia en la acogida de ingreso
VII. Difusión del plan y actividades formativas: en sesión clínica del equipo y Jornadas Regionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tabla nº 1. Puntaciones en la escala WAS de los colectivos pacientes y profesionales de la UHA-HUMS
Atmósfera en UHTR medida con WAS (Rudolf Moos)
--> Colectivo Pacientes PA:47
Vinculación 4´02
Apoyo 5,27
Espontaneidad 5,5
Autonomía 5,71
Orientación Práctica 6,56
Orientación Problemas Personales 4,84
Agresividad 5
Orden 5,35
Claridad Programa 4,48
Control Personal 4,75

-->Colectivo Profesionales Ps: 30
Vinculación 5,06
Apoyo 5,5
Espontaneidad 4,27
Autonomía 6,13
Orientación Práctica 8,06
Orientación Problemas Personales 3,83
Agresividad 5,66
Orden 6
Claridad Programa 4,46
Control Personal 5,75

Figura nº 1. Percepciones sobre la Atmósfera de pacientes y profesionales de la UHA-HUMS. Atmósfera terapéutica

-Áreas a mejorar: la Claridad del programa, la vinculación con el equipo en la orientación práctica de resolución de problemas y el control del personal.
-INDICADORES de Calidad que habíamos marcado: Reducción de las Altas Voluntarias y del tiempo de ingreso, reducción de conductas disruptivas y contenciones mecánicas. Incremento de la satisfacción del paciente y personal. La tabla indica la medición hasta ahora. Se han reducido en un 10% cada una de las áreas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La Atmósfera terapéutica se ha reconocido en sí misma como uno de los más importantes tratamientos que puede proporcionar un hospital, está compuesta por diferentes dimensiones, relacionadas con recursos físicos,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1434

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

humanos y organizativos. Y se relaciona directamente con el manejo de conductas difíciles, la seguridad de las personas atendidas, la familia y los y las profesionales, y con los episodios de contención mecánica/inmovilización terapéutica. Se ha concluido que es estable en el tiempo y que no depende tanto de los pacientes, si no del personal, de la política de tratamiento y del entorno físico. La más eficiente es la que tiene mayor orden/organización, mayor orientación práctica y apoyo y menor nivel de ira y agresión. Esto se consigue con baja rotación del personal, bajo número de pacientes y adecuado trabajo en equipo. Nuestro entorno físico es nuevo y favorable, no podemos cambiar el elevado número de pacientes de nuestra Unidad, así que recae el peso de las estrategias de mejora en fomentar una política óptima de trabajo en equipo.

7. OBSERVACIONES.
En "Resultados Alcanzados" se me ha descuadrado Tabla y Figura. No sé si habría otro modo de incluirlos, gracias.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1434 ========== ***

Nº de registro: 1434

Título
MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
PEREZ PEMAN CAMINO, BERDUN PE RUTH, IDINI ESTER, PASTOR MONTAÑO MARIA ANGELES, ALAYETO ADIEGO PATRICIA, DIAZ GIL-CASTANEDA CARMEN, PUEYO JIMENEZ ALBA MARIA, ROMANCE ALADREN MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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
En Diciembre de 2018 se abrió una nueva UCE en el Hospital Miguel Servet (HUMS) con 30 camas para usuarios derivados desde Unidades de Salud Mental, Sº de Urgencias y Sº de Psicosomática del hospital. El personal consta de 6 psiquiatras, 16 enfermeras especialistas en salud mental, 1 terapeuta ocupacional, 1 trabajadora social, auxiliares de enfermería y celadores. Son sus objetivos: tratar descompensaciones psicopatológicas no tratables ambulatoriamente; riesgo auto/heterolítico; orientación diagnóstica; favorecer la reincorporación temprana a la sociedad. Cuenta con equipo multidisciplinar que asegura cuidados 24 horas al día.
Una nueva Unidad, con distintas prestaciones e instalaciones y cambios en plantilla, requiere unificar criterios entre profesionales e implementar cambios para mejor funcionamiento y calidad en la asistencia sociosanitaria.
Un ingreso en UCE suele ser traumático y estresante: se suman las consecuencias de la enfermedad a los efectos de la estigmatización. El usuario debe adaptarse a un espacio cerrado, con normas nuevas y personas desconocidas, estando su capacidad de adaptación superada por su situación de crisis.
La UCE tiene función terapéutica en sí misma: hay estudios que relacionan el ambiente terapéutico con la reducción de conductas agresivas y medidas coercitivas. Planteamos evaluar el ambiente terapéutico en la UCE para diagnosticar problemas, identificar áreas de intervención para mejorar desde la perspectiva del usuario y del profesional y analizar después el impacto de los cambios evaluando si han sido efectivos para mejorar el ambiente terapéutico y disminuir contenciones mecánicas, conductas disruptivas y estancia media hospitalaria.
Para analizar el ambiente, se valorarán dimensiones de la escala WAS:
Relacionales (Implicación, Apoyo, Espontaneidad)
De crecimiento personal (Autonomía, Orientación práctica, Orientación de problemas personales, Ira y agresión)
De mantenimiento del sistema (Orden y Organización, Claridad del programa, Control del personal)
Pretendemos impacto a nivel sociosanitario pertinente y viable (sin coste económico), recogiendo datos con escala de evaluación breve y reuniones de equipo para implementar objetivos de mejora continua

RESULTADOS ESPERADOS
Evaluar ambiente terapéutico actual en la nueva UCE-HUMS e identificar áreas de mejora
Mejorar dicho ambiente mediante proceso planificado de evaluación y cambio que mejore el funcionamiento y calidad asistencial, así como un entorno de trabajo favorable para el equipo
Evaluar consecuencias positivas (disminuir contenciones mecánicas, conductas disruptivas, altas voluntarias y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1434

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

estancia media hospitalaria)

MÉTODO
Revisión bibliográfica
Escala WAS (Ward Atmosphere Scale) a usuarios y profesionales, tras explicar el proyecto y firmar consentimiento informado, garantizando anonimato
Analizar resultados iniciales e identificar áreas de mejora
Elaborar estrategias de mejorar de necesidades: reuniones de equipo mensuales, con objetivos a corto-medio plazo
Implementar estrategias definidas
Reevaluar WAS. Analizar resultados de reevaluación y comparar con iniciales
Evaluar consecuencias positivas de mejoras en ambiente terapéutico: disminución contenciones mecánicas, conductas disruptivas y estancia media
Extraer conclusiones sobre posibles mejoras en resultados y plantear nuevos objetivos
Plan de difusión
Actividades formativas: asambleas equipo-usuarios, reuniones de equipo, sesiones clínicas y participación en jornadas
Carteles o trípticos informativos
Comunicaciones orales y pósters en congresos sobre UCEs y artículos en revistas científicas
Divulgar a profesionales de todas las USM de Aragón y otras CCAA

INDICADORES
Para analizar el impacto, se recogerán indicadores de calidad antes y después de la aplicación de mejoras:
1. Aumento en 15% la satisfacción sobre la percepción del ambiente terapéutico de la población de estudio, medida mediante encuesta WAS
2. Reducción 10% tiempo de ingreso
3. Reducción 15% contenciones mecánicas durante el ingreso
4. Reducción 15% nº de conductas disruptivas, recogidas por el personal sanitario

DURACIÓN
Se prevé duración anual. Tareas realizadas por todo el equipo
1. Revisión bibliográfica: Mar-Abr 2019
2. Aplicar Escala WAS: Abr-Jun 2019
3. Analizar resultados iniciales escala: May 2019
4. Implementar cambios según resultados: desde Jul 2019
5. Recogida indicadores estudio: Abr 2019-Feb 2020
6. Reevaluación con escala WAS: Nov-Dic 2019
7. Analizar impacto programa: Dic 2019-Ene 2020
8. Extraer conclusiones de mejoras en resultados y plantear nuevos objetivos: Feb 2020
9. Plan difusión resultados: Mar-Jun 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 - 2019/1285

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION RADIAL EN ATROTC DENTRO DEL PROCEDIMIENTO ARTRORM DE CADERA

Fecha de entrada: 29/12/2019

2. RESPONSABLE ..... ESTEBAN MAYAYO SINUES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Procedimiento artrográfico mediante fluroscopia y realización inmediata posterior de artro-TC previo a la artro-RM.
- Realización de reconstrucción radial a partir del volumen de datos obtenidos en la artro-TC en la estación de trabajo GE de nuestro servicio (planos orientados alrededor de la porción central de la unión cabeza-cuello femoral, cada 20º).
- Se valora la existencia o no deformidad de tipo cam de forma subjetiva y su extensión en forma de intervalos horarios ("esfera de reloj"), ampliando la información con la medición del ángulo alfa en los diferentes cortes.
- Se compara la eficacia de la artro-TC con reconstrucción radial frente a la radiografía simple (poyecciones AP y axial, si estuvieran disponibles) y artro-RM.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se han realizado 13 estudios artro-RM entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2019. En 12 casos se pudo realizar artro-TC simultánea (92,3%).
- En todos los casos en los que se practicó artro-TC (12 casos) se realizó reconstrucción radial para valoración de la existencia y extensión de la deformidad de tipo cam (100%).
- 6 pacientes en los que se hizo artro-RM presentaron deformidad de tipo cam visible en alguna de las pruebas radiológicas (Rx, TC y/o RM). En 5 casos la deformidad era de tipo "plano" y en 1 caso tipo "joroba".
- La radiografía simple y los planos convencionales de la artro-RM permitieron identificar la deformidad de tipo cam en 5 de los 6 pacientes.
- La artroTC con reconstrucción radial identificó y permitió valorar la extensión real en forma de intervalos horarios de la deformidad de tipo cam en 5 casos (hubo 1 caso con deformidad en el que no pudo realizarse artro-TC por falta de disponibilidad de máquina).
- La deformidad se localizaba entre las 12 y las 3h. Hubo 1 caso con deformidad limitada al intervalo aproximado entre la 1 y las 2 horas, no visible en radiografía simple ni en la artro-RM con los planos convencionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de artro-TC mejora la utilidad de la artro-RM de cadera al aumentar la sensibilidad para detectar lesiones condrales. Además, la artro-TC posibilita la realización de un reformateo radial, lo que permite identificar y valorar de forma óptima la extensión de la deformidad de tipo cam del extremo proximal femoral. De esta forma la artro-TC como complemento de la artro-RM se convirte en una herramienta fundamental en la planificación por imagen previa a la cirugía artroscópica de cadera (necesidad y extensión de la osteocondroplastia).

7. OBSERVACIONES.
Debido al proceso de sustitución de aparatos RM en nuestro servicio, no se pudieron realizar estudios artro-RM de cadera durante 2 meses, al realizar en dicho periodo los estudios en un aparato de RM que carecía de disponibilidad física próxima de aparato TC.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1285 ========== ***

Nº de registro: 1285

Título
RECONSTRUCCION RADIAL EN ATROTC DENTRO DEL PROCEDIMIENTO ARTRORM DE CADERA

Autores:
MAYAYO SINUES ESTEBAN, SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1285

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION RADIAL EN ATROTC DENTRO DEL PROCEDIMIENTO ARTRORM DE CADERA

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La artrografia por RM (artroRM) de cadera es la modalidad radiológica de elección en la planificación preoperatoria de la patologia intraarticular de la cadera. La distensión de la cápsula articular con el medio de contraste permite valorar mejor las estructuras articulares, como el cartílago articular, el labrum acetabular y el ligamento redondo. En planes de mejora previos hemos utilizado la artroTC como complemento de la artroRM así como la artroRM con tracción para valorar mejor la presencia y extensión de lesiones condrales tanto del acetábulo como de la cabeza femoral, lesiones que pueden modificar el abordaje terapéutico. Una de las ventajas adicionales de la artroTC, además de su superior resolución frente a la artroRM para valorar las lesiones condrales, es que la tecnología multidetector disponible permite obtener un volumen de datos para realizar reconstrucciones con la misma resolución espacial que la obtenida en el plano de adquisición. El reformateo radial permite valorar la morfología de la unión cabeza-cuello femoral en los 360º de su circunferencia. De esta forma es posible identificar deformidades de tipo cam que pueden pasar desaparcibidas en los planos habituales y que son subsidiarias de la realización de osteocondroplasita correctora, como ocurre en la región anterosuperior (entre las 3 y las 12 horas). Las secuencias habituales de RM y las reconstrucciones de la TC en los planos axial oblicuo y coronal únicamente nos permiten valorar la morfología anterior (3 horas) y superior (12 horas), respectivamente. Por otro lado, las proyecciones radiográficas axiales con frecuencia no permiten valorar bien esta morfología por la superposición del trocánter mayor.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la utilidad de la artro-RM de cadera de cara a caracterizar mejor la deformidad de tipo cam, incluyendo la valoración de la región anterosupoerior, oculta en las reconstrucciones y planos convencionales. De esta forma se podrá planificar mejor el procedimiento terapéutico de las artroscopias de cadera.

MÉTODO
Administración por guía fluroscópica de medio de contraste, con dosificación para la realización simultánea de artroTC y artroRM.
Se realizará reformateo radial en estación de trabajo GE de nuestro servicio, con planos radiales orientados alrededor de la porción central de la unión cabeza-cuello femoral, con imágenes cada 20º.
Se valorará la deformidad de tipo cam mediante cuantificación del ángulo alfa en el plano correspondiente a la superficie anterior (valor de más de 50º a las 3 horas) así como valoración subjetiva de la existencia o no de deformidad entre las 3 y las 12 horas.
Se cuantificará la extensión de la deformidad según intervalos horarios.

INDICADORES
Realización de artroTC simultanea como parte del procedimiento técnico de realización de artroRM (estándar 90%).
Descripción en informe radiológico de la existencia de deformidad de tipo cam y su extensión (estándar 100%).
Análisis observacional en cuanto a la identificación de la deformidad mediante los planos y reconstrucciones habituales de RM y TC frente a la reconstrucción radial por TC.

DURACIÓN
Revisión resultados (análisis observacional y evaluación indicadores) a los 6 meses.
Análisis final de resultados al año o ampliable según fecha concreta de revisión final del proyecto.

OBSERVACIONES
Esta actividad complementa a otra del año 2018 respecto del uso de tracción en artroRM. No pude enviar la memoria de dicha actividad al no recibir correro electrónico y a pesar de haber intentado ponerme en contacto con ustedes a través de la dirección de correro electrónico de calidad en salud (la misma dirección de las comunicaciones de otro año)(mail del 28 de Febero). Mi correo en el que consultaba como poder enviar los resultados no fue respondido. La unica comunicación con ustedes fue a través de un correro que ustedes me enviaron el pasado mes de Diciembre, recordando la necesidad en enviar las memorias en los proximos meses, pero en que no había todavía un link para poder enviar la memoria de actividades. Desde entonces he estado esperando nuevo correro por su parte para poder enviar la memoria. Dicha actividad, con la recogida de datos, está finalizada desde hace meses. Por favor, ruego contacto con ustedes al respecto. Temo que el trabajo invertido no haya servido de nada.

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 - 2019/1285

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION RADIAL EN ATROTC DENTRO DEL PROCEDIMIENTO ARTRORM DE CADERA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1393

1. TÍTULO

SEGURIDAD FRENTE A RM DE LOS PACIENTES CON DISPOSITIVOS IMPLANTABLES. ¿CÓMO PUEDO REALIZAR UN ESTUDIO RM CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE?

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CELIA BERNAL LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL
LOBO GALLARDO RODRIGO
BARRERA ROJAS MIGUEL
OLORIZ SANJUAN TERESA
RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA
LEACHE PUEYO JAIME
MAESTRO PEÑA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos conseguido, tras un trabajo exhaustivo y constante de actualización y comunicación entre los diferentes profesionales que formamos parte del proyecto, disponer de una documentación útil .
Se han creado vías de comunicación fluidas entre el servicio de Radiodiagnóstico y los Facultativos responsables de los dispositivos, que nos permiten realizar de forma segura los estudios de RM en pacientes portadores de dispositivos implantables (DI).
Además se ha hecho posible que todos los facultativos tengan acceso a esta información desde la Intranet del Hospital, de forma que puedan consultar dicha información desde cualquier consulta.
Abril - Julio: Reuniones con los miembros del proyecto, comentando las necesidades de revisar y actualizar los documentos de seguridad elaborados, que nos han permitido manejar de forma correcta los pacientes con DI de forma segura frente a RM.
Julio – agosto: Actualización de la documentación por parte de cada uno de los responsables: Todos los miembros del grupo han realizado de forma correcta y minuciosa la revisión de sus dispositivos, siendo el resultado muy satisfactorio.
Septiembre – octubre: Revisión por el responsable del proyecto de la documentación y entrega dicha documentación a la Unidad de Transformación, Innovación y Calidad (UTIC), para la elaboración de GUIAS que puedan consultarse desde Intranet.
- Se incorporan nuevos dispositivos, con un manejo específico (Neuroestimuladores: Anexo 1, con un manejo independiente).
- Se revisa la hoja de interconsulta, para que los médicos peticionarios puedan contactar con los Facultativos responsables del dispositivo a la hora de precisar un estudio RM estando apto su diseño y comprobada su utilidad. Se añade la casilla de fecha de envío y devolución
- Se envía la documentación a la Unidad UTIC
Noviembrea. La documentación se encuentra accesible para todos los profesionales en la intranet del Hospital. La ruta a seguir es la siguiente " Intranet- Apoyo a la Asistencia- Atención Especializada- Radiodiagnóstico- Seguridad en Resonancia Magnética

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Revisión y actualización de los documentos sobre seguridad de los DI, frente a RM, indicaciones del estudio y situaciones especiales.

Esta documentación actualizada, se ha puesto al alcance de todos los profesionales con la información necesaria para la realización de pruebas RM en pacientes con dispositivos Implantables. La ruta a seguir es la siguiente " Intranet- Apoyo a la Asistencia- Atención Especializada- Radiodiagnóstico- Seguridad en Resonancia Magnética

También se ha puesto a disposición de los facultativos la hoja de interconsulta para poder contactar con el especialista responsable del Dispositivo, aunque por ahora se sigue realizando dicha interconsulta desde el Servicio de Radiodiagnóstico en la mayoría de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Merece la pena un trabajo en equipo, ya que nos ha permitido realizar estudios de calidad, y con seguridad, en pacientes con dispositivos implantables, que precisan de un estudio RM y que antes de la realización de este proyecto se desestimaban por el potencial riesgo o desconocimiento de su manejo.
Hay que difundir la información entre el resto de los profesionales peticionarios.
Debemos seguir detectando errores en el proceso y realizar la corrección de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1393

1. TÍTULO

SEGURIDAD FRENTE A RM DE LOS PACIENTES CON DISPOSITIVOS IMPLANTABLES. ¿CÓMO PUEDO REALIZAR UN ESTUDIO RM CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE?

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1393 ========== ***

Nº de registro: 1393

Título
COMO REALIZAR UN ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE

Autores:
BERNAL LAFUENTE CELIA, MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL, GALLARDO LOBO RODRIGO, BARRERA ROJAS MIGUEL, OLORIZ SANJUAN TERESA, RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA, LEACHE PUEYO JAIME, MAESTRO PEÑA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología, enfermedad o situación que precise de una Resonancia Magnética para su diagnóstico, control o valoración
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: Eficiencia de recursos y seguridad para el paciente
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Antes del 2017 la tendencia era no realizar estudios de Resonancia Magnética (RM) en pacientes con dispositivos implantables (DI) como marcapasos, desfibriladores, implantes cocleares, bombas de infusión intratecal, neuroestimuladores… por el riesgo asociado al someter estos dispositivos a un campo magnético intenso y radiofrecuencia. Sin embargo, en 2017 formamos un equipo multidisciplinar integrado por Facultativos Especialistas de Cardiología, Neurocirugía, Anestesia, Otorrinolaringología, Radiodagnóstico, y un miembro de enfermería de Radiodiagnóstico, para la realización de estudios de RM con seguridad. Nos proponemos ampliar el alcance del proyecto al médico peticionario, para evitar el retraso diagnóstico en estos pacientes, a los que se suma el ya existente de la lista de espera. Si es el propio médico peticionario el que realiza la interconsulta se pueden evitar estos retrasos diagnósticos y mejorar la seguridad y atención del paciente con DI.

RESULTADOS ESPERADOS
Hacer posible que todos los Facultativos del Hospital, puedan acceder a la información de seguridad de los DI para hacer correctamente la solicitud de RM. Dicha información se elaborará por los facultativos responsables de los dispositivos, y se podrá visualizar en la Intranet del Hospital desde cualquier consulta. El médico peticionario podrá realizar la interconsulta con el facultativo responsable del dispositivo, gracias al formulario de interconsulta que estará disponible en HPDoctor y en Intranet. De esta forma, se podrá realizar un diagnóstico adecuado en pacientes con DI (cada vez más frecuentes), Y agilizar el estudio de los mismos, gracias a la nueva gestión por parte del médico peticionario, evitando retrasos diagnósticos y garantizando su seguridad.

MÉTODO
Los facultativos responsables del dispositivo se reunirán con las casas comerciales, que indicarán las condiciones de seguridad en las que se podrá realizar el estudio, elaborando una lista que incluya los dispositivos más habituales implantados en el hospital. Se elaborarán documentos explicativos donde conste si el dispositivo es Seguro - Condicional o Incompatible con RM, y la forma de actuar en cada caso. Dichos documentos se pondrán al alcance de los médicos peticionarios para su consulta desde Intranet. También constará la forma de contactar con el médico responsable del dispositivo para aclarar cualquier duda.

INDICADORES
Controlaremos el número de solicitudes de RM citadas, que dispongan de la hoja de interconsulta enviada por el médico peticionario. El indicador lo mediremos con la proporción de solicitudes con formulario del solicitante / total de estudios con dispositivos realizados. Actualmente en la mayoría de los casos la hoja de interconsulta se realiza desde el Servicio de Radiodiagnóstico, pero no tenemos tasas de referencia.
Valorar la satisfacción por parte del paciente, y la presencia /ausencia de preocupación que pueda generarse ante esta situación mediante encuestas de satisfacción.
Actualización anual de la seguridad de los dispositivos ya controlados e incluir los nuevos. Se comprobará que la documentación tiene fecha de revisión en la Intranet.

DURACIÓN
Abril – Junio 2019
Reuniones con las casas comerciales de los principales DI empleados en cada una de las especialidades de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1393

1. TÍTULO

SEGURIDAD FRENTE A RM DE LOS PACIENTES CON DISPOSITIVOS IMPLANTABLES. ¿CÓMO PUEDO REALIZAR UN ESTUDIO RM CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE?

Cardiología, Otorrinolaringología, Anestesia y Neurocirugía
Junio- Ocubre 2019
Elaboración de los documentos actualizados acerca de seguridad de los DI.
Hoja de interconsulta consensuada, para que los médicos peticionarios puedan contactar con los Facultativos responsables del dispositivo.
Encuesta de Satisfacción para conocer cómo viven los pacientes el proceso.
Septiembre- Diciembre 2019
Poner a disposición de los Facultativos del Hospital la documentación elaborada y alojada en la Intranet del Hospital.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0219

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... VERONICA ALBA ESCORIHUELA
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLA GAZULLA DAVID CARLOS
JIMENEZ PUERTAS SARA
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA
LOZARES CORDERO SERGIO ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
De enero a noviembre de 2019 hemos estado recopilando más pacientes de SBRT pulmonar con los que trabajar. En total, desde que comenzó el proyecto en enero de 2018 hemos conseguido recopilar 25 pacientes, a todos ellos les hemos repetido la planificación que se les realizó en su día cambiando la densidad electrónica del ITV por 1ED, y hemos recogido los parámetros establecidos para la comparación.
Dado que no llegamos al mínimo de 30 pacientes para poder considerar la aproximación de que tenemos una distribución normal, y que los datos son dependientes, decidimos realizar el test no-paramétrico de los Rangos Signados de Wilcoxon.
Para realizar el análisis utilizamos el software de distribución libre llamado R, para el que tuvimos que diseñar un pequeño algoritmo que nos recogiese y comparase las diferentes variables de estudio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Según nuestra metodología de trabajo hemos podido inferir de la estadística realizada que el cambio de densidad electrónica del ITV a 1ED reduce las UM impartidas (y por tanto la fluencia), siendo equivalente el tratamiento en ambos casos.
Esto implica que para un mismo efecto terapéutico (los indicadores de cobertura de dosis del PTV conducen a la equivalencia de ambos tratamientos en este aspecto), estamos reduciendo la cantidad de radiación que le llega al paciente y por tanto el tiempo de tratamiento.
No podemos asegurar, con la estadística hecha hasta el momento, que los indicadores referentes a la reducción de dosis en los órganos de riesgo (OAR) estudiados (corazón, bronquios y esófago) salgan favorables al cambio de densidad planteada en el ITV.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con los datos obtenidos de la estadística utilizada, realizamos una sesión del equipo de mejora para obtener conclusiones.
Después de debatir sobre las ventajas observadas en el cambio de densidad electrónica del ITV, se concluyó que, aunque resultan bastante evidentes con los datos obtenidos, seguimos sin tener una muestra de pacientes lo bastante grande como para realizar una estadística sólida que afirme sin lugar a dudas el beneficio del cambio de técnica tanto para la cobertura del PTV como para la reducción de dosis de los OAR, por mucho que se haya verificado la reducción de UM.
Por tanto, decidimos al menos por el momento, no implantar el cambio de técnica hasta no obtener una estadística más sólida.

7. OBSERVACIONES.
Pese a la decisión de aplazamiento de este cambio de técnica en nuestro protocolo de planificación de SBRT pulmonar, nos parece una vía de estudio interesante que seguiremos actualizando con la esperanza de poder obtener un resultado concluyente más adelante.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/219 ========== ***

Nº de registro: 0219

Título
VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

Autores:
ALBA ESCORIHUELA VERONICA, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, LOZARES CORDERO SERGIO, VILLA GAZULLA DAVID, JIMENEZ PUERTAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0219

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Tumores pulmonares
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Dada mi reciente incorporación en el servicio de Física y PR del HUMS, cuando observé el modo en que se realizaba la técnica de SBRT pulmonar, advertí que en otros centros en los que había trabajado, ya habían implantado una mejora para el tratamiento de esta técnica que consistía en el cambio de la densidad del ITV obtenido como promedio de los tres estudios CT realizados al paciente en fases de inspiración máxima, máxima expiración y respiración libre. Esta modificación es un avance dado que así se consigue reducir la cantidad de radiación que se le emite al paciente sin comprometer su tratamiento en absoluto.
Este cambio no implica ningún consumo extra de recursos, es una mera modificación en el software de planificación del tratamiento que conlleva una reducción de dosis emitida al paciente y por consiguiente una reducción del tiempo de irradiación y por tanto, de energía consumida por el acelerador.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este estudio es comprobar la veracidad de las ventajas de este cambio de densidad del ITV, para así poder introducirlo en nuestra rutina clínica de tratamientos de SBRT pulmonar. Los pacientes diana serán todos aquellos a los que se les tenga que realizar un tratamiento de SBRT pulmonar.

MÉTODO
Las acciones a realizar consisten en una revisión retrospectiva de un número significativo de planificaciones ya realizadas, introduciendo esta modificación de densidad electrónica del ITV, y la posterior comparación con el tratamiento realizado con la finalidad de obtener conclusiones a favor o en contra de la implantación de éste cambio de densidad del ITV como rutina de todos los tratamientos de SBRT pulmonar. Pretendemos analizar un mínimo de 10 pacientes ya tratados. Una vez realizado el estudio, si el resultado es favorable, se pretende colaborar con el servicio de Radioterapia, realizando una puesta en común de los resultados obtenidos y abriendo el debate para la posible implantación de este cambio. Si la implantación es favorable, se procederá a la formación del los físicos que vayan a tener que realizar este proceso de cambio de densidad del ITV en las correspondientes planificaciones que realicen en un futuro.

INDICADORES
1. Igualar o mejorar la cobertura del ITV:
ITV: D98% > Dp
PTV: D99% > 90% Dp
Comparar máximos, siempre <125% Dp IC < (1,2 – 1,5)

2. Reducir dosis en OR: Dmax, Dmin y Dmed son iguales o inferiores al tratamiento realizado. Los valores siempre dentro de los límites específicos para cada OAR.

3. Reducir tiempos de tratamiento: Las UM son menores tras el cambio de densidad elctrónica.

DURACIÓN
Total: 1 año
1. Definir el valor de la densidad electrónica más apropiada para ajustar a la situación real el comportamiento de la radiación en el ITV. Revisión bibliográfica: (2 meses)
2. Revisión de 10 planificaciones ya realizadas introduciendo esta modificación de densidad electrónica del ITV. (6 meses)
3. Comparar las planificaciones tras la modificación (2 meses):
Cobertura del ITV igual o mejor
Reducción de dosis en OR
Reducción de tiempos de tratamiento
4. Obtención de conclusiones a favor o en contra de la implantación de éste cambio de densidad del ITV como rutina de todos los tratamientos de SBRT pulmonar. Octubre 2018. (2 meses)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0219

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

```
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 - 2019/0065

1. TÍTULO

UNIFICACIÓN DE DATOS DE TRATAMIENTO Y SEGUIMENTO DE PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE FÍSICA Y ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL HUMS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... DAVID CARLOS VILLA GAZULLA
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ HERNANDEZ MONICA
JIMENEZ PUERTAS SARA
ALBA ESCORIHUELA VERONICA
LOZARES CORDERO SERGIO ALBERTO
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Octubre 2019:

-Proceso de estandarización de nombres de órganos de riesgo y targets de tratamiento. Elaboración de lista única por localización anatómica siguiendo recomendaciones internacionales (archivo de texto que contiene nombres de órganos y localización anatómica). Creación de procesos de transformación de nombres de órganos y targets del plan de tratamiento a nombres de órganos y targets del archivo de texto de órganos. Los procesos cambian los Histogramas Dosis Volumen originales por Histogramas con nombres normalizados.

Noviembre 2019:

Se crean e identifican los siguientes orígenes de datos:

Mosaiq 2.64:
-Consultas por paciente: Se han recogido para 30 pacientes escogidos al azar 3 tipos de consultas: Calendario de sesiones de tratamiento planificadas, Estado de sesiones de tratamiento, Tipo de sesiones administradas.

-Consultas generales: Sesiones de tratamiento administradas por todas las máquinas.

Las consultas se han guardado en Libro Excel en ubicación de ordenador personal para su posterior extracción de datos.

Monaco v 5.11: Se han seleccionado 30 pacientes al azar de diferentes localizaciones y se han exportado sus archivos de Histograma Dosis Volumen (archivo de texto) y planes de tratamiento (RT plan) a ubicación de ordenador personal. Los datos de Histogramas serán exportados a las tablas correspondientes en la base de datos de destino.

Brachyvision: Está pendiente la exportación de planes de tratamiento a ubicación de ordenador personal, tanto su información como el tipo de archivo generado. Los planes de braquiterapia de endometrio cruzarán sus datos con los planes de radioterapia externa que hayan podido llevar las pacientes tratadas con esta técnica.

Variseed: Está pendiente la exportación de planes de tratamiento a ubicación de ordenador personal, tanto su información como el tipo de archivo generado. Los planes de braquiterapia de próstata cruzarán sus datos con los planes de radioterapia externa que hayan podido llevar los pacientes tratados con esta técnica.

Base de datos Access de haces de pacientes: Se incluye como origen de datos, la información existente en una base de datos de Access previamente creada y sobre la que ya se realizan consultas de revisión semanal de planes de tratamiento realizados en los años 2018 y 2019 en el HUMS.

Base de datos clínica de seguimiento a pacientes: Está por definir un origen de datos que contenga datos clínicos de pacientes y de los efectos secundarios de los tratamientos administrados.

Diciembre 2019:

Destino de orígenes de datos:

-Creación de Base de datos Unificada: Está pendiente la creación de la base de datos de destino, en la cual, toda la información va a ser unificada. Para ello, se necesitaría la disponibilidad de una instancia de base de datos de SQL Server en una versión soportada por Windows 10 en uno de los ordenadores del Servicio de Física o acceso a un servidor que la contenga, así como la habilitación de licencia de Microsoft Office Access en ubicación de ordenador personal.
Además, no es imprescindible pero sí muy conveniente disponer de una versión de SQL Server con el paquete de aplicaciones BIDS (Business Intelligence Development Studio).

Está en desarrollo la arquitectura de la base de datos sobre el papel con todas las tablas existentes para albergar los datos de los orígenes de datos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0065

1. TÍTULO

UNIFICACIÓN DE DATOS DE TRATAMIENTO Y SEGUIMENTO DE PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE FÍSICA Y ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL HUMS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como ya consta en la memoria del proyecto, el requerimiento de las herramientas informáticas citadas es fundamental para la consecución del mismo.
El proyecto no está concluido, y falta el ensamblaje de orígenes de datos con destino de datos y el desarrollo de una aplicación en una versión de Visual Studio compatible con Windows 2010, con la que se pueda desarrollar un análisis de los datos incorporando información de modelos radiobiológicos y datos de seguimiento de los pacientes radioncológicos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La aplicación se encuentra en proceso de construcción de orígenes de datos y procesos de carga de datos en destino.
No hay resultados finales.
Se trata de un documento de seguimiento y se estima proyecto de continuación durante todo el año 2020.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/65 ========== ***

Nº de registro: 0065

Título
PROYECTO DE INTEGRACION, EXPLOTACION Y ANALISIS DE DATOS EN EL PROCESO RADIOTERAPICO MEDIANTE APLICACIONES INFORMATICAS BASADAS EN BIG DATA

Autores:
VILLA GAZULLA DAVID CARLOS, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, LOZARES CORDERO SERGIO ALBERTO, ALBA ESCORIHUELA VERONICA, JIMENEZ PUERTAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La complejidad de cada una de las etapas del proceso radioterápico proporciona una cantidad ingente de datos que se encuentran dispersados en diferentes sistemas de almacenamiento.
El objetivo del Big Data en Radioterapia es la extracción, integración y análisis de los datos en una única aplicación, así como la posibilidad de realizar consultas complejas según las necesidades de los estudios a realizar.
Para conseguir este propósito se pretende crear una base de datos que actúe como núcleo a partir del cual se vayan incorporando datos de planificación, seguimiento de los efectos clínicos sobre tumor y tejidos sanos de los pacientes, averías de máquina, fundamentos de radiobiología, y todo aquello que pueda afectar al tratamiento.
La información permitirá definir estrategias de re-planificación o necesidad de cambiar patrones de dosis prescrita y de su fraccionamiento en pacientes futuros.

RESULTADOS ESPERADOS
La aplicación de Big Data tiene como ámbito la inclusión de todos los pacientes que a partir de su puesta en marcha vayan a recibir un tratamiento de radioterapia en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, sin importar su sexo, edad o patología de origen.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0065

1. TÍTULO

UNIFICACIÓN DE DATOS DE TRATAMIENTO Y SEGUIMENTO DE PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE FÍSICA Y ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL HUMS

Mediante consultas complejas a la aplicación de Big Data, se espera identificar grupos de pacientes, re-planificar tratamientos que no son administrados conforme a su prescripción, nuevas estrategias de irradiación y fraccionamiento y mejora de utilización de los recursos disponibles.

MÉTODO
Durante el desarrollo de la aplicación se pueden definir las siguientes acciones:

1. Definición e identificación de procesos y orígenes de datos: La acción requiere de reunión semanal del Servicio de Física durante 12 meses para identificar todos los datos de pacientes que se desean unificar y explotar. Los orígenes de datos nuevos deberán respetar la estandarización de nombres y procesos en etapas de radioterapia. Se deberá discutir la idoneidad de nombres en comparación con listas estándar internacionales. En esta etapa, será necesario también establecer una estrategia de protección integral de los orígenes de datos y de los procesos de cumplimentación manual o automática de los mismos.

2. Diseño de la aplicación: La aplicación es un conjunto de soluciones informáticas que se dividen 4 servicios:
a) Servicios de bases de datos: Orígenes de datos y Base de Datos unificada de destino. Se pretende la creación de la base de datos unificada utilizando la arquitectura SQL Server de Microsoft. Esto requiere de la instalación y acceso a un servidor SQL Server instalado en uno de los equipos informáticos del Servicio, lo que conlleva la colaboración del Servicio de Informática del Hospital.
b) Servicios de Integración: Procesos automatizados para extraer los datos de los orígenes y llevarlos a la base de datos unificada.
c) Servicios de Análisis: Procesos automatizados para relacionar los datos y permitir la creación de consultas a la carta o de explotación de los datos de pacientes de manera conjunta o independiente.
d) Servicios de Informes: Herramientas para realizar estadísticas y gráficas de resumen de resultados a modo de informe.
Los procesos a), b) y c) requieren del paquete informático "Business Intelligence Development Studio (BIDS)" de Microsoft implementado en el motor de base de datos de SQL Server.

INDICADORES
Los resultados de la aplicación se pueden resumir en 3 ámbitos:

1. Realización de consultas y estadísticas de pacientes a través de la aplicación.
2. Re-planificación de pacientes que no han seguido plan de tratamiento.
3. Identificación de indicadores en el proceso radioterápico y nuevas estrategias de actuación.

El estándar internacional en este tipo de aplicaciones en cuanto a la robustez en los datos debe ser mayor al 97 %.
Por tanto, nuestra aplicación deberá ser capaz de ofrecer:
- Índice de robustez de los datos: 100 % que corresponde a la pérdida cero de información de pacientes.
- Posibilidad de re-planificación de tratamiento en el 100 % de los casos en que se necesite.
- Desarrollar indicadores de calidad que permitan crear nuevas estrategias de planificación.

DURACIÓN
Los períodos de duración de cada actividad dependen de la disponibilidad de las herramientas informáticas citadas anteriormente y de la actualización y renovación de las máquinas de tratamiento.
Teniendo en cuenta estas premisas, la estimación de tiempo de las diferentes acciones es:
1.Definición e identificación de procesos y orígenes de datos: Entre 6 y 12 meses. Será responsabilidad del Servicio de Física en su conjunto, establecer reuniones para identificar y definir los orígenes de datos.
2. Diseño de la aplicación: Entre 2 y 3 años. La coordinación en este aspecto será llevada a cabo por David Carlos Villa Gazulla, Radiofísico Hospitalario del Servicio de Física del Hospital "Miguel Servet" de Zaragoza.

OBSERVACIONES
Modificación proyecto enviado 2019_0063.

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 - 2019/0078

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE OPTIMIZACION DE UNIDADES DE MONITOR EN TRATAMIENTOS CLINICOS EN RADIOTERAPIA DE SBRT DE PROSTATA

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SARA JIMENEZ PUERTAS
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLA GAZULLA DAVID CARLOS
ALBA ESCORIHUELA VERONICA
HERNANDEZ HERNANDEZ MONICA
LOZARES CORDERO SERGIO
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las unidades de monitor (UM) representan la dosis por tiempo en cada sesión de tratamiento de radioterapia. Reducir el número de UM se traduce en un menor tiempo de tratamiento y en una reducción de la dosis secundaria dispersa por el paciente, objetivos de la radioterapia siempre que se garanticen los parámetros clínicos del tratamiento original.

Se han elegido los 30 últimos pacientes tratados clínicamente con un tratamiento de radioterapia estereotáctica (SBRT) de próstata, muestra que cumple los parámetros de aleatoriedad y tamaño muestral exigidos para aplicar teoremas de estadística.

Partiendo del tratamiento clínico ya optimizado de cada paciente, se han reoptimizado variando sólo un parámetro de la planificación, con el objetivo de evaluar la influencia de dicho parámetro en las UM resultantes. El parámetro llamado “Smooth” o “suavizado” puede tomar 4 valores (“High”, “Medium”, “Low” y “Off”), por lo que se han planificado 4 tratamientos para cada paciente.

Se han analizado las diferencias de los parámetros dosimétricos para diferentes órganos de riesgo y parámetros de cobertura del tumor, respecto al tratamiento clínico original.
En concreto:
Recto: V50Gy, V60Gy, V70Gy
Vejiga: D2%, D67%, V30Gy
Cabezas femorales: D2%, V45Gy
Tumor o PTV: V95%, V99%, D2%

Los datos se han analizado con el test de muestras apareadas de Student, estableciendo como parámetro de veracidad un 99,5% de los casos con resultados coincidentes ($p<0,005$). Para ello, se han utilizado hojas Excel para normalizar los datos al valor que interese en cada caso y se han exportado a un programa de cálculo estadístico “R”.

En cuanto al calendario, la primera parte de selección y reoptimización de 4 tratamientos por paciente ocupó los 7 primeros meses del 2019.
Encontrar la estadística adecuada a aplicar en estos casos y los cálculos de programación estadísticos se llevó a cabo en torno a dos meses.
A falta de 10 pacientes para completar la muestra, se necesitó otro mes para recabar con los datos necesarios y confirmar que los resultados eran estadísticamente significativos.
Por último, para poder extraer conclusiones fue necesario reordenar los datos en función del parámetro a dominar y aplicar otra vez la estadística ya preparada, lo que se llevó a cabo en el último mes del año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto a la variación de UM:

- Se obtiene reducción de UM al cambiar de “Off” a “High” en una media de 5%, en absoluto 103 UM; llegando a una reducción máxima de 241 UM.
- No se obtiene un resultado estadísticamente significativo en el resto de los casos.
- Sin embargo, se observa que las mayores diferencias encontradas se manifiestan en pacientes con cierto valor de otro parámetro usado en la planificación, llamado “Minimum Segment Width” (MSW), que toma valores entre 0,5 y 1.
- A priori se observa que al pasar de “Off” a “Low”, las variaciones de UM negativas se dan en un 73% de los casos para MSW=1; y las variaciones de UM positivas se dan en un 63% de los casos para MSW=0,5.
- Separando en estas dos muestras, se obtienen resultados estadísticamente significativos.
- Para la muestra de variación de UM negativas o reducción de UM, al cambiar de “Off” a “Low” la media se reduce 1.5% o 28 UM, llegando a ser de hasta 72UM.
- Para la muestra de variación de UM positivas o aumento de UM, al cambiar de “Off” a “Low”, la media aumenta en 98UM, llegando a ser de hasta 468 UM.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0078

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE OPTIMIZACION DE UNIDADES DE MONITOR EN TRATAMIENTOS CLINICOS EN RADIOTERAPIA DE SBRT DE PROSTATA

En cuanto a la variación de los parámetros dosimétricos:

- Se observa que los pacientes que más aumentan las UM al pasar de “Off a Low”, también son los que más reducen las UM al pasar de “Off” a “High”.
- Sólo en estos dos pacientes, con las mayores variaciones de UM, se encuentran diferencias dosimétricas.

En concreto:
En uno de ellos, la dosis media de la vejiga disminuye 2 Gy y V32Gy disminuye un 5% al pasar de “Off” a “Low”, siendo el incremento de 337UM.
En el otro, la dosis media de la vejiga aumenta 1.6Gy al pasar de “Low” a “high”; V32Gy aumenta un 2%, siendo la reducción de 621UM.

- En el resto de los casos estudiados, es decir, todas las posibles permutaciones exceptuando estos dos pacientes, los parámetros dosimétricos de los órganos de riesgo y cobertura tumoral resultan en variaciones menores al 2%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El parámetro estudiado “Smooth” o “Suavizado”, hipotéticamente reduce UM al suavizar, por lo que a priori se esperaba una reducción de UM al pasar de “Off” a cualquier otro valor. Además, hipotéticamente al “suavizar”, los gradientes de dosis se hacen más uniformes y los parámetros dosimétricos pueden variar.

En el presente estudio se ha observado como efectivamente esta reducción de UM resulta significativa en el cambio más brusco de este “Suavizado”, es decir, al pasar de “Off” a “High”.

Al tratarse de un tratamiento de SBRT, el número de UM por sesión es elevado al disminuir el número de sesiones, característica propia de una SBRT, por lo que es un resultado a tener en cuenta positivamente al planificar este tratamiento.

En el resto de los cambios de suavizado menos bruscos, no se han alcanzado resultados estadísticamente significativos, lo que puede atribuirse a la forma simétrica del tumor y poca complejidad del tratamiento de SBRT de próstata para cumplir los requisitos dosimétricos, por lo que se recomienda analizar el parámetro de suavizado en patologías con tratamientos más complicados, como pueden ser tumores de pelvis o de cabeza y cuello.

Sin embargo, este parámetro de suavizado o hipotética reducción de UM resulta traducirse en un aumento de UM en un pequeño número de pacientes. Se observa que dichos tratamientos se optimizaron con otro valor diferente de otro parámetro, siendo MSW=0.5, en vez de MSW=1.

Así, parece coherente concluir que el parámetro de suavizado “Smooth” tendrá menor o mayor influencia UM en función del parámetro MSW, llegando a ser MSW el que predomine en ciertos tratamientos. Se recomienda estudiar este parámetro detenidamente, tanto en tratamientos de SBRT de próstata como en otros de mayor complejidad, donde la traducción de variar estos parámetros en la variación de UM será mayor.

En resumen, para SBRT de próstata, podemos establecer que las mayores reducciones de UM se encontraran en tratamientos con MSW=1 y parámetro Smooth “High”, manteniéndose prácticamente inalterados los parámetros dosimétricos del tratamiento y reduciendo así el tiempo de tratamiento y la dosis secundaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/78 ========== ***

Nº de registro: 0078

Título
ESTUDIO SOBRE OPTIMIZACION DE UNIDADES DE MONITOR EN TRATAMIENTOS CLINICOS DE INTENSIDAD MODULADA EN RADIOTERAPIA

Autores:
JIMENEZ PUERTAS SARA, VILLA GAZULLA DAVID CARLOS, ALBA ESCORIHUELA ALBA, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, LOZARES CORDERO SERGIO ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0078

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE OPTIMIZACION DE UNIDADES DE MONITOR EN TRATAMIENTOS CLINICOS EN RADIOTERAPIA DE SBRT DE PROSTATA

Otro Tipo Patología: Cáncer con tratamiento radioterapéutico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Una vez planificado y optimizado el tratamiento clínico a un paciente en radioterapia usando la técnica de intensidad modulada (IMRT), se procede a tratar al paciente. Durante dicha optimización, una de los pasos es reducir lo máximo posible las unidades de monitor (dosis por unidad de tiempo), ergo reducir el tiempo de tratamiento y, principalmente, la dosis secundaria dispersa por el paciente; siempre que se mantengan las condiciones óptimas de los parámetros clínicos que definen la dosimetría y se cumplan los requisitos del tratamiento.

Esto es importante porque la dosis dispersa que pueda absorber el paciente fuera de la localización del tumor puede comprometer su salud a largo plazo, de manera que se busca que dicha radiación sea la menor posible. Además, al reducir el tiempo de tratamiento el paciente conseguirá mantenerse mejor en su posición sin moverse o presentando respiraciones abruptas.

Así, esto podría mejorar la calidad del tratamiento, si se consigue reducir la dosis dispersa manteniendo los parámetros clínicos del tratamiento original.

En cuanto a recursos, son necesarios una licencia de Mónaco y un correcto manejo de la estadística de datos, lo que no implica ningún consumo extra por parte del servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este estudio es mejorar la calidad del tratamiento clínico en radioterapia con la técnica IMRT, reduciendo las unidades monitor (dosis por tiempo). Los pacientes escogidos serán los últimos tratados, cronológicamente, y se intentará llegar a una máxima de 30 pacientes por patología, para conseguir una mejor estadística; empezando por el tratamiento de próstata convencional.

MÉTODO
Una vez recopilados todos los datos de los parámetros a estudiar, se contrastarán que los pacientes cumplen los requisitos para poder ser incluidos en el manejo de datos estadísticos con el Servicio de Física. Si la estadística es favorable a la mejora del tratamiento clasificados en diferentes patologías y dosis por sesión, se implantará de forma ordenada en el Servicio de Física dando a conocer los resultados en una sesión clínica del Servicio.

INDICADORES
1. Mantener los parámetros clínicos de diferentes órganos de riesgo y cobertura del tumor (PTV) dentro de un intervalo aceptable en comparación a las dosis limitantes y a los valores de dichos parámetros en el tratamiento original.
Así, en tratamientos de radioterapia de próstata convencional:
Recto: V50Gy, V60Gy, V70Gy
Vejiga: D2%, D67%, V30Gy
Cabezas femorales: D2%, V45Gy

2. Reducir unidades de monitor, y así tiempos de tratamiento y dosis dispersa.

DURACIÓN
1. Recopilar los datos replanificando cada tratamiento 4 veces variando los parámetros a evaluar. Se contará con la ayuda de técnicos del Servicio de Física y Protección Radiológica. Cada replanificación lleva entre 30 minutos y 2 horas, y es necesario tener libre la licencia del programa Mónaco para usarlo, por lo que se estiman necesarios 6 meses, dada la carga de trabajo del servicio y tener sólo 2 licencias operativas.
2. Unificar los datos separándolos correctamente por dosis por sesión y patologías y unificándolos por modo de normalización, lo que requerirá quizás elaborar un programa manual que permita dicha clasificación (2,5 meses).
3. Aplicar la estadística correcta y obtener el valor p-Student para los resultados de cada patología (2,5 meses)
4. Concluir si se ha conseguido dicha mejora para las patologías que haya dado tiempo evaluar y, de ser así, su consiguiente implantación en el servicio (1 mes).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0078

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE OPTIMIZACION DE UNIDADES DE MONITOR EN TRATAMIENTOS CLINICOS EN RADIOTERAPIA DE SBRT DE PROSTATA

```
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 - 2018/0120

1. TÍTULO

CONTINUACIÓN DEL PROYECTO "GESTIÓN CLÍNICA DEL RAQUIS" EN 2019

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE CARLOS ARAGUES BRAVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR
MARTIN HERNANDEZ CARLOS
GONZALEZ MARTINEZ LUIS MANUEL
VELLOSILLO ORTEGA JUAN MANUEL
RODRIGUEZ VELA JAVIER
FUENTES ULIAQUE CARLOS ALBERTO
BARRERA ROJAS MIGUEL DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Se ha diseñado una base de datos para el Registro, mediante listado y/o identificación, de los pacientes valorados por la Comisión.
• En coordinación con el Servicio de Admisión e Informática, se ha establecido un procedimiento de identificación de los pacientes que van a ser vistos por la Comisión.
• Se ha instaurado un sistema de codificación de los procedimientos, tanto quirúrgicos como intervencionistas, común a todas las especialidades implicadas en la Comisión.
• El registro de los pacientes se realiza con estos códigos en la lista de espera quirúrgica o de procedimientos.
• Se ha realizado difusión de la Vía Clínica del Raquis en los Servicios de Angiología y Cirugía Vascular, Medicina Interna, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Reumatología.
• Se ha creado un Formulario para la HCE con dos aspectos: para uso clínico y para la derivación a través de las respectivas Comisiones de Raquis de los sectores.
• Se han establecido los criterios y el circuito de derivación, así como el sistema de seguimiento tras el procedimiento de cementación.
• Se ha ampliado la participación de la Comisión a los siguientes servicios para coordinar las acciones y no superponer tratamientos: Unidad del Dolor y Radiología Intervencionista.
• Se han realizado reuniones quincenales para evaluar las derivaciones de centros hospitalarios y sus comisiones.
• Se han realizado reuniones con la Unidad del dolor, Servicio de Neurorradiología y Servicio de Urgencias.

• Queda pendiente establecer con el Servicio de Urgencias los criterios de valoración e ingreso de pacientes con patología de Raquis desde este servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Se ha diseñado el circuito de derivación de los pacientes con patología del Raquis y establecido una entrada única para toda la patología del Raquis desde la Atención Primaria del Sector II.

• Se ha puesto en marcha la Interconsulta Virtual (ICV) desde la que se recomienda, según protocolos consensuados, cuándo el paciente tiene que seguir tratamiento y control en A. Primaria y Fisioterapia de A. Primaria, cuándo solicitar una prueba complementaria y el momento, según la clínica, de realizar la ICV a la A. Especializada. Tras revisión de la ICV, se deriva para valoración en Unidad de Musculoesquelético o en consultas específicas de Raquis en el S. de Rhb HUMS (en cada consulta con protocolos específicos de tratamiento). Si la información presenta signos de alarma, se recomienda remisión a S. Urgencias. La derivación desde la A. Especializada por patología de Raquis se remite por interconsulta en papel y se revisan y remiten a las consultas de UME o Rhb para valoración previa. Las derivaciones de otros centros hospitalarios se realizan a través de las Comisiones de Raquis de esos centros. De esta manera se canaliza de forma homogénea toda la patología de Raquis.

• Se han realizado 19 reuniones. No se han realizado actas de cada reunión. En su lugar se ha realizado la evaluación y registro de todos los casos remitidos a la comisión

• Se han realizado 3 sesiones clínicas con los S de Angiología y Cirugía Vascular, Medicina Interna y Medicina Física y Rehabilitadora del Hospital Universitario Miguel Servet.

• No se ha conseguido establecer un programa de Sesiones clínicas coordinado con los médicos de atención primaria

• % pacientes revisados en Comisión que son vistos en Consulta externa: 88%*
• % pacientes revisados por la Comisión que se incluyen en LEQ: 19%**

*Revisión del registro de pacientes vistos en la Comisión. Total de pacientes revisados 550 por la Comisión menos los pacientes devueltos o archivados= pacientes vistos en consulta.
**Dato orientativo. Al no figurar en todos los pacientes vistos por la Comisión el AR, se ha cruzado la relación de pacientes vistos en ella contra todos los pacientes en LEQ y todos los que han salido de LEQ en 2019.

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

1. TÍTULO

CONTINUACIÓN DEL PROYECTO "GESTIÓN CLÍNICA DEL RAQUIS" EN 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es un proyecto de continuación que se comenzó en el año 2018. Se ha constituido una Comisión de Patología del Raquis, con la participación de RHB, Unidad de Columna y Neurocirugía. Se ha conseguido coordinar el manejo de la patología del Raquis, establecer una cartera de servicios común para los servicios implicados en el tratamiento de esta patología y que las derivaciones de otros Centros aporten la información suficiente para que se proceda a la valoración por la citada Comisión.

Se ha iniciado la coordinación con el Servicio de Urgencias para la adecuación del tratamiento e ingresos. También con la Unidad del Dolor, para no repetir valoraciones y/o tratamientos.

Se está trabajando en el protocolo de derivación a la Unidad Neurorradiología para la realización de vertebroplastias.

Se ha iniciado una consulta específica de fractura vertebral por fragilidad en el Servicio de Medicina física y Rehabilitación.

Serán objetivos a abordar durante el año 2020 la consolidación y seguimiento del circuito de derivación de los pacientes con patología del raquis, la continuación del trabajo de coordinación iniciado con el Servicio de Urgencias, con la Unidad del dolor y la Unidad de Neurorradiología y el establecimiento de los criterios de derivación a la consulta específica de fractura vertebral.

También el abordaje del programa de sesiones en Centros de Salud, que por diversas razones no se pudo realizar durante el año 2019.

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

7. OBSERVACIONES.
A destacar la dificultad para establecer y coordinar el programa de sesiones en los Centros de Salud dada la gran presión asistencial.

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

Nº de registro: 0120

Título
GESTION CLINICA DE LA PATOLOGIA DE RAQUIS

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
El dolor de raquis representa un importante problema de salud en el entorno de los países desarrollados por su alta prevalencia y repercusión socioeconómica, generando un alto número de consultas a diferentes profesionales, una elevada utilización de los recursos sanitarios y causa frecuente de absentismo laboral. La prevalencia real difiere según los estudios y existe gran variabilidad en su estimación debido a las diferentes definiciones de dolor lumbar y métodos empleados para la recogida de la información.
Actualmente, en relación con las derivaciones por patología musculoesquelética realizadas desde Atención

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

1. TÍTULO

CONTINUACIÓN DEL PROYECTO "GESTIÓN CLÍNICA DEL RAQUIS" EN 2019

Primaria a Atención Especializada, el 40% lo son por patología de raquis, existiendo una gran variabilidad no sólo en los criterios de derivación sino también en el manejo de esta patología tanto en su diagnóstico como en su tratamiento por los diferentes profesionales y especialidades (rehabilitación, unidad de columna de traumatología, neurocirugía, unidad del dolor). En el 2017 se realizaron en el HUMS 8500 consultas por patología de raquis en los servicios de traumatología y rehabilitación. Las entradas en el registro de demanda quirúrgica desde los servicios de traumatología y neurocirugía fueron de 1450, con una demora media para intervención quirúrgica superior al año.

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

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

INDICADORES
- % pacientes derivados a la comisión con plantilla de solicitud cumplimentada =20%
- Nº comisiones de columna vertebral anuales =12
- % pacientes intervenidos valorados por la comisión de columna 100%
- % disminución de entradas en Registro de Demanda Quirúrgica respecto al año anterior =10%
- % pacientes intervenidos por patología de raquis en menos de 1 año 100%

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0892

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 (2015) EN REHABILITACION NEUROLÓGICA –U. LESIÓN MEDULAR Y U. DAÑO CEREBRAL - DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RICARDO JARIOD GAUDES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRANDO MARGELI MERCEDES
HIDALGO MENDIA BEGOÑA
MARTITEGUI JIMENEZ ELENA
TERRER PEREZ ISABEL
CERCADILLO ISLA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-Ordenar y completar la documentación en ULME y UDCA (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsable Elena Martitegui y Ricardo Jariod. Marzo 2019. Recursos propios.
2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora.Responsable: Ricardo Jariod. Isabel Terrer. en reuniones de equipo trimestrales. Acta trimestral.
3.- Especificar las áreas de interés creando un procedimiento operativo por área. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando. Marzo 2019. Recursos propios.
4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos en ULME y UDCA: nuevas revisiones. Diciembre 2019. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo.
5.- Supervisión de indicadores y objetivos por procedimientos operativos. Responsable Ricardo Jariod. Elena Cercadillo. Diciembre de 2019 Recursos propios.
6.- Seguimiento de indicadores. Cuadro de mando. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer. trimestral. Recursos propios.
7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Marzo-Mayo 2019. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando. Isabel Terrer.

Al final de todo ello se consiguió mantener la certificación ISo:9001/2015 año 2019, tras la auditoria externa de Mayo de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL PROYECTO permite secuenciar mediante indicadores los procedimientos operativos clave de Neurorehabilitación.

INDICADORES comparativa 2016- 2019:
1.- Satisfacción Global REHABILITACION – NEUROLÓGICA- 2016:9,1; 2017:9,05;2018: 9,48 Y 2019: 8,37.
2.- RHB– NEUR. HOSPITALIZACION. Ocupación de camas: 2016: 70,27; 2017: 56,81;2018: 54,5 Y 2019: 63,57
3.- RHB-CEX RHB NEUR. Indice de sucesivas/primeras: 2016: 25,05; 2017: 12,11;2018: 7,62 Y 2019: 10,25
4.- RHB– NEUR- TERAPIAS. Tiempo diario de terapias: 2016: 0.8; 2017: 0.8;2018 X Y 2019:X
5.- RHB POSTGRADO: entrevista trimestral formalizada: 2016: 100; 2017: 100;2018 100 Y 2019: 100.
6.- RHB FORMACION CONTINUADA: Existencia de plan: 2016: SI; 2017: SI;2018 SI Y 2019: SI
7.- RHB PREGRADO: encuesta de satisfacción estudiantes. 2016: 9,45; 2017: 9,45;2018 9,1 Y 2019: 9,4
8.- RHB Neur. HOSPITALIZACION. Resultado: 2016: X; 2017: 0,9,28;2018: 1,007; 2019:0,918

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS 2019
1. Mejorar el NPR del fallo: contagio agentes patógenos/Aislamiento: se ha conseguido disminuir NPR en 20%
2. Realizar, entregar y analizar el resultado de encuesta de satisfacción de cliente interno. Se recibieron Al menos 20 encuestas de al menos 3 servicios diferentes, con un índice global de satisfacción superior a 8/10.
3. Realizar, y difundir documente con criterios de ingreso y alta de procesos más habituales. Se realizaron criterios de ingreso. Queda pendiente para 2020 criterios de alta.

INCIDENCIAS: Se han recogido y analizado un total de 22 incidencias en relación con la Sección de Rehabilitación Neurológica en el año 2019, destacando 4 de Coordinación interna, 3 de coordinación con otros servicios, 3 por mala calidad de material, y 2 de problemas administrativos.
NO CONFORMIDADES. En el análisis de no conformidades 2019 destacaron:
- No existencia de un canal de comunicación al personal del Plan de Contingencia
- a pesar del control de la capacitación del personal, no existe un registro ni se pueden tomar medidas cuando hay personal no capacitado.
- anomalías puntuales en el control documental.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La progresiva convergencia en documentación y procedimientos de la ULME y UDCA con el resto del Servicio de Rehabilitación intenta disminuir los fallos de coordinación interna declarados como primera causa de incidencias. La rigidez del sistema en recursos humanos y materiales limita la implantación de cambios en los procesos operativos ULME y UDCA. Toda la información está registrada en las consiguientes REVISIÓN POR LA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0892

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 (2015) EN REHABILITACION NEUROLÓGICA –U. LESIÓN MEDULAR Y U. DAÑO CEREBRAL - DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

DIRECCIÓN de los años 2018 y 2019. como recomendaciones y acciones de mejora pendientes destacan:
1. Creación de un procedimiento operativo "HOSPITAL DE DÍA" para realizar allí procedimientos diagnósticos y terapéuticos por el área médica y de enfermería, ahora realizadas en CEX-ULME. Implica modificaciones arquitectónicas de poco calado –suprimir un tabique- asumible con recursos propios actuales del hospital,
2. Creación de un PLAN DE TELE-REHABILITACIÓN asociado a la apertura de HOSPITAL DE DÍA, para el seguimiento por parte de enfermería del plan de cuidados de pacientes en colaboración con atención primaria (ejemplo: foto de ulceras por presión en evolución, etc) Objetivo: seguridad del paciente, mejorar accesibilidad -desplazamientos de pacientes etc.…-
3. Creación de DESPACHO MÉDICO RHB NEUROLÓGICA: Ampliación de la actual sala de trabajo despacho ULME – avanzar un tabique- para integrar allí a los médicos del actual despacho UDCA. Objetivo: facilitar intercambio de información en pacientes de rehabilitación neurológica.
4. Reubicación actual SALA DE CEX ULME a actual despacho UDCA. Sólo precisa reinstalación de grúa de techo y tomas de oxigeno/aspiración desde habitación contigua y traslado de armarios y equipos informáticos. Objetivo: evitar la espera en pasillo de pacientes para CEXULME.
5. Reutilizar la actual sala CEX ULME como despacho de información a pacientes y familiares. Objetivo: Seguridad/confidencialidad del paciente.
6. MEJORA DEL USO DEL ÁREA DE TERAPIAS en la planta RHB NEUROLÓGICA Objetivo: disminuir las incidencias derivadas de mala coordinación interna, incrementar el nº de horas de terapia al día y mejora de resultados (eficacia terapéutica) con medios tecnológicos más avanzados, como realidad virtual.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/892 ========== ***

Nº de registro: 0892

Título
ACTUALIZACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 (2015) EN REHABILITACION NEUROLOGICA (UNIDAD DE LESION MEDULAR Y UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
JARIOD GAUDES RICARDO, FERRANDO MARGELI MERCEDES, HIDALGO MENDIA BEGOÑA, MARTITEGUI JIMENEZ ELENA, TERRER PEREZ ISABEL, CERCADILLO ISLA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: CALIDAD

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

PROBLEMA
En junio de 2017 se consiguió la certificación ISO:9001 (2008) para la Secc. de RHB Neurológica del Servicio de RHB del HUMS. El equipo ha trabajado desde el año 2014 actualizando procedimientos, instrucciones técnicas, formatos, y documentos internos y externos. En 2018 se realizó la adaptación a la versión 2015 del sistema ISO:9001, que debe actualizarse en 2019

RESULTADOS ESPERADOS
reevaluar nuestros procedimientos, responsabilidades e indicadores en seguridad del paciente a través de un P.O. de gestión de riesgos –matriz de riesgo y análisis DAFO-, permitiendo acciones de mejora y nuevos objetivos. Algunos de los objetivos de 2018 no pudieron finalizarse, por lo que es necesario abordarlos en 2019, p.e: desarrollo de la encuesta de satisfacción del cliente interno, cuyos resultados pretendemos ofrecer en 2019

MÉTODO
El mantenimiento del sistema ISO se ha incluido en años anteriores en el acuerdo de gestión clínica del S. de RHB con el Hospital. Las actividades a desarrollar serán:
1.-Ordenar y completar la documentación.
2.- Cambiar el circuito de análisis de incidencias y verter resultados en reunión de equipo, planteando

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0892

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 (2015) EN REHABILITACION NEUROLÓGICA –U. LESIÓN MEDULAR Y U. DAÑO CEREBRAL - DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

acciones de mejora y objetivos.
3.- Recálculo del NPR de la matriz de riesgo del procedimiento de gestión de riesgo.
4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos: nuevas revisiones.
5.- Seguir la evolución de indicadores y objetivos de los P.O. Tabla de mando.
7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa.

INDICADORES

Indicadores	estandar	objetivo
1.- Satisfacción Global REHABILITACION – NEUROLÓGICA-	>8	>8
2.- RHB– NEUR. HOSPITALIZACION. Ocupación de camas	>60%	>60%
3.- RHB-CEX RHB NEUR. Indice de sucesivas/primeras	<14	<14
4.- RHB– NEUR- TERAPIAS. Tiempo diario de terapias	>3	>2
5.- RHB POSTGRADO: entrevista trimestral formalizada	>90	>90
6,- RHB FORMACION CONTINUADA: Existencia de plan	Si	Si
7.- RHB PREGRADO: encuesta de satisfacción	>8 sobre 10	>8 sobre 10
8,- RHB Neur. Eficiencia HOSPITALIZACION. Resultado:	>0,75	>0,5

DURACIÓN
Las reuniones de equipo se producen trimestralmente. En primer semestre de 2019 se sucederá la auditoría interna –prevista 21/03/2019-, revisión por la dirección y auditoria externa. Según el calendario propuesto, la certificación ISO:9001 (2015) se espera en el segundo semestre 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 - 2019/1378

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

Fecha de entrada: 27/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEÑA GIMENEZ ANA
ORELLANA GARCIA RAQUEL
MACIA CALVO MONICA
GARCIA CASTILLO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los niños que el pediatra de Atención Primaria remite por una alteración ortopédica no traumática para valoración al Servicio de Rehabilitación son atendidos en U.M.E o en Consulta de Rehabilitación Infantil.
Se han realizado reuniones entre los médicos rehabilitadores de la Unidad de Rehabilitación Infantil y los médicos rehabilitadores de las UME de los ambulatorios de Ramón y Cajal y San José con la finalidad de realizar un análisis de las patologías ortopédicas más frecuentes en nuestras consultas remitidas por pediatría del centro de Salud con la finalidad de realizar un protocolo de actuación en dichas patologías basadas en la evidencia científica.
Dado que las Unidades de Musculoesquelético de los ambulatorios del Sector II son de relativa nueva creación era necesaria una protocolización de la derivación de las patologías que se podían enviar a dichas consultas o a consulta de rehabilitación Infantil.
Se recogieron los diagnósticos y datos de filiación de los niños remitidos de la consulta de UME del ambulatorio Ramón y Cajal y de la consulta de rehabilitación Infantil del HUNS.
En las UME la patología que se remitió con mayor frecuencia fue alteraciones de los pies y dentro de estas el pie plano valgo.
En consulta de rehabilitación infantil la Torticolis congénita seguida de marcha idiopática de puntillas y alteraciones torsionales y angulares de MMII
Las actitudes escolióticas y dismetrías se remitieron por igual a ambas consultas.
Se realizo una revisión basada en la evidencia científica de los diagnósticos y tratamientos de dichas patologías.
- Torticolis congénita
- Marcha idiopática de puntillas
- Alteraciones torsionales y angulares de miembros inferiores
- Actitudes escolióticas y Dismetrías de MMII
- Alteraciones pies

Una vez revisada bibliografía de estos procesos se ha realizado un protocolo de exploración sistemática, derivación seguimiento y tratamiento en U.M.E o/y Rehabilitación Infantil.
Según el cronograma que se adjuntó se han cumplido los objetivos que se presentaron hasta febrero de 2020.
Quedan pendientes las actividades que en el cronograma se realizaran a partir de marzo como son la realización de documentos informativos, su presentación al servicio de Rehabilitación en sesión para su incorporación a la asistencia en consultas de UME y RHB infantil
La edad es un factor indicativo sobre la frecuencia y el tipo de alteración ortopédica que va a aparecer en el niño. El médico conoce a qué edad se manifiestan los problemas más prevalentes y se pone más énfasis en su diagnóstico para afrontar las medidas oportunas.
Estas alteraciones ortopédicas en algunos casos pueden ser parte de una enfermedad conocida o no (PCI, Distrofia muscular, retrasos madurativos, tumor cerebral) e incluso primera manifestación clínica de alguno de estos procesos. En el extremo opuesto se tratara de trastornos menores que originan preocupación en la familia pero que no suelen tener repercusión funcional o sintomática en el niño.
La exploración detenida y el conocimiento de la historia natural nos orientara el diagnostico y el tratamiento adecuado en cada caso.
Sí la exploración nos orienta a que la alteración detectada es un signo o síntoma de otra patología más grave se solicitaran las pruebas complementarias necesarias y /o se remitirán a neuropediatría, neurocirugía o Cirugía ortopédica y la actuación rehabilitadora estará determinada por el diagnostico principal.
La historia natural o evolución natural es el cambio que ocurre en una alteración postural, deformidad, síndrome o enfermedad sin intervenir actuación médica alguna. En el momento actual es muy difícil encontrar publicaciones sobre este aspecto en la mayoría de los casos, porque la mayoría de los pacientes son tratados. Sin embargo sí hay referencias sobre el cambio que ocurre en las estructuras del miembro inferior a lo largo del crecimiento del niño y que son de gran utilidad para orientar a los padres y para justificar la abstención terapéutica en situaciones muy comunes y ofrecer a los padres la correspondiente explicación y estar dispuesto a vigilar la evolución espontánea.
Existe poca evidencia científica sobre las intervenciones terapéuticas en estas áreas por falta de estudios bien diseñados, fundamentalmente por falta de grupo control así como por la dificultad añadida ya comentada por variabilidades en la historia natural del crecimiento normal del niño.
Se presenta un breve resumen de los protocolos realizados con las conclusiones.
RESUMEN ACTUACIÓN REHABILITACIÓN ALTERACIONES ORTOPEDICAS
Torticolis congénita:
Derivar a consultas de rehabilitación Infantil del HUMS donde se realizara el seguimiento y tratamiento.
Diagnostico diferencial:: Descartar retraso psicomotor, alteraciones tono muscular, ENM

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1378

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

Tratamiento: Normas y ejercicios domicilio y/o fisioterapia en Unidad de RHB

Marcha de puntillas idiopática (ITW: IdiopáthicToe Walking)
Es un diagnostico excluyente dado a los niños sanos que caminan sobre los dedos de los pies o metatarsos después de la edad en que normalmente deberían realizar marcha talón-punta. La mayoría de las guías consideran ITW a partir de los dos años de edad.
Diagnostico diferencial: Enfermedad neurológica o neuromuscular subyacente (PCI, Distrofia muscular…), Patologías ortopédicas (Pie equino congénito) y Autismo (Se ha asociado el caminar puntillas con trastornos del espectro autista)
Tratamiento:
Remitir UME si persiste ITW en mayor de 3 años. Recomendaciones de calzado y ejercicios
Si en revisión no mejora o presenta un ángulo dorsiflexión tobillo mayor o igual a 0º remitir Rehabilitación Infantil donde según edad o interferncia en la deambulación se relizaran diferentes pautas terapéuticas:
Estiramientos gastrocnemio y sóleo bajo supervisión de los padres o profesionales de la salud
Yesos seriados
AFO articulado/férula nocturna
Onabotulinumtoxin tipo A asociado a yesos o férulas nocturnas
En revisión Cochrane comparando tratamiento con yesos seriados solo o TBA + yesos. Todos los pacientes mejoraron después del tratamiento en todos los parámetros pero los resultados fueron demasiado inciertos para determinar si un tratamiento es mejor que el otro.
Si persistencia de retracción aquilea en mayores de 5 años a pesar de tratamiento rehabilitador remitir a Cirugía Ortopédica
Deformidades Torsionales y Angulares de Extremidades Inferiores
Se remitirán a UME donde se debe realizar una valoración completa en bipedestación desde la cadera hasta los pies con el fin de valorar:

- si las rodillas están giradas hacia la línea media
- Existencia de torsión tibial,
- Medir la distancia intermaleolar y entre los femorales internos;
- Evaluación visual de la marcha y establecer el perfil rotacional: ángulo de progresión del pie (diferencia entre el eje longitudinal del pie y la línea de progresión de la marcha),
- En decúbito prono medir el ángulo muslo-pie y el ángulo de rotación femoral interna y externa.

Los diagnósticos más frecuentes:
Genu varo:
Los menores de un año presentan un varo fisiológico. Las rodillas se alejan en la línea media lo que conlleva aumento de la distancia entre los cóndilos femorales. Es fisiológico y se resuelve de forma espontánea hasta los 2 años.
Derivar a UME si empeora a partir de esta edad, es unilateral o si la distancia entre los cóndilos femorales internos es superior a 5 cm (descartar raquitismo, enfermedad de Blount).

Genu valgo:
El varo fisiológico evoluciona a valgo fisiológico.
Las rodillas se juntan en la línea media y aumenta la distancia entre los maléolos tibiales. Frecuente entre los 2 y los 10 años, se debe derivar a UME si la distancia intermaleolar es mayor de 10 cm, si es asimétrico o aparece en edades no fisiológicas. Si no es así explicar a la familia que no precisa tratamiento

Enfermedad de Blount:
La enfermedad de Blount es una deformidad proximal de la tibia. la Observación de la progresión de la deformidad es el mejor indicativo. En casi todos los casos, la progresión de la deformidad está bien definida hacia los 3 -4 años, y se podrá hacer el diagnostico con mayor fiabilidad. No antes. El tratamiento será quirúrgico y precoz una vez llegado al diagnóstico. Derivar Cirugía Ortopédica Hospital Infantil
Genu flessum:
La persistencia de la flexión de rodilla por encima de los 6 meses de edad nunca es fisiológica.
Por lo que se derivara Rehabilitación Infantil

Genum recurvatum:

Derivar Rehabilitación Infantil ante la sospecha de existencia de patología de base (anomalías graves del sistema neuromuscular, las artrogriposis congénitas múltiples y las condrodistrofias)

Anteversión femoral o rotación femoral interna
Se debe informar a la familia de la alta probabilidad de resolución espontánea al final del crecimiento. Sólo un 1% de los casos precisa osteotomía desrrotatoria, nunca antes de los 9 años. Desaconsejar sentarse con las piernas en “W”. Hay discrepancias entre especialistas respecto a si las medidas posturales y ejercicios de rotación externa ayudan a la corrección.
La marcha en rotación interna del niño no es susceptible de tratamiento alguno, más que la observación, y puede derivarse a U.M.E.en el caso de que en el control de la marcha este alterado bien al caminar o bien al correr y provoca que el niño tropiece, en edades superiores a los 8 años.
.
Rotación femoral externa:
Derivar a U.M.E. si persiste a los 5 años de vida o si el ángulo muslo-pie es < a -10º.

Torsión tibial interna:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1378

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

Derivar cuando la torsión tibial lateral excesiva no se corrige de forma espontánea con el crecimiento, sino que empeora. Se manifiesta con frecuencia en la niñez tardía, presentando dolor de rodilla como síntoma principal además de la marcha divergente y posible inestabilidad femoropatelar.

Actitudes escolióticas y dismetrías de MMII:
Actitud escoliótica: Desviación en el plano frontal de la columna menor de 10º, sin rotación vertebral. No produce gibosidad. Puede deberse a dolor, desviaciones posturales o dismetrías leves de EEII.
Es necesario descartar una dismetría de EEII, en caso de no existir, no será necesaria la solicitud de Rx ni la derivación a consulta de Rehabilitación.
La Cifosis Postural es un incremento flexible de la cifosis dorsal, en ausencia de displasias óseas y enfermedades metabólicas.
No precisa derivación a menos que aparezcan dolores raquídeos importantes con episodios de reagudización
Dismetría de MMII:
Discrepancia o diferencia en la longitud de los miembros inferiores, por exceso (Hipermetría), o lo que es más frecuente por defecto (Hipometría)
Se protocoliza exploración para diferenciar dismetrías aparentes o estructurales.
Dismetrías menores de 1,5 cm no suele requerir tratamiento corrector, ya que no provocan trastornos funcionales de la marcha ni sobre la columna.
Dismetrías mayores de 1,5 cm (o menores que presenten sintomatología, como dolor), requieren derivación a Rehabilitación, para pautar tratamiento correctivo con alza ortopédica y seguimiento.
Alteraciones de los pies:
El pie plano flexible es la causa de consulta más frecuente en la edad pediátrica. Se caracteriza por disminución de la bóveda plantar en carga.
La mayoría de los pies planos (90%) son pies planos flexibles.
Diagnóstico diferencial: pies planos por alteraciones neuromusculares, los pies planos congénitos por alteraciones óseas, coaliciones tarsianas (son una de las causas más comunes de pie plano rígido en la edad pediátrica)
El pie plano flexible o benigno, ocurre en niños de más de 4 años (en menores es fisiológico) cuando al soportar el peso del cuerpo, desaparece el arco longitudinal del pie. Si esto no se acompaña de retropié valgo o si este es menor de diez grados, no necesita tratamiento.
Hasta los 4 años el tratamiento del pie plano con valgo moderado de calcáneo es un calzado adecuado (zapatos con contrafuerte firme y antepié flexible), además de ejercicios de tonificación de la musculatura de las extremidades inferiores (fundamentalmente que se muevan).
Se recurre al uso de distintas modalidades terapéuticas (ejercicios, modificaciones en el calzado y ortesis) si:
-presencia de dolor
-exceso de valgo (más de 15º)
-alteración de la postura y/o marcha
Pie plano rígido secundario a astrágalo vertical se indica el uso de AFO pasiva en termoplástico con apoyos en el arco longitudinal interno y el 5º metatarsiano para evitar acortamiento del tendón de Aquiles y contractura de peroneos, así como de FO (foot orthoses) semirrígida con cuña interna en talón, arco longitudinal y tope en pared lateral para el 5 metatarsiano
Pie plano asociado a tendón de Aquiles corto (flexión dorsal menor 10º) puede producir dolor y discapacidad en adolescentes y adultos.
Pie cavo esencial: Suele ser familiar, pero si el pie cavo es muy evidente o llamativo hay que descartar una enfermedad neurológica subyacente (sobre todo si es progresivo y asimétrico)
Diagnóstico diferencial: Pie cavo por alteraciones neuromusculares y por alteraciones osteomusculares congénitos o traumáticas.

Tratamiento conservador: Estiramientos activos y pasivos de la musculatura plantar corta, potenciación de músculos lumbricales e interóseos, prensión de dedos, reeducación de la marcha en rampa. Ortesis plantares con apoyo retrocapital y cuña pronadora si asocia varo de talón. El calzado, ha de ser cómodo y ancho, con suela blanda que absorba las cargas y con control del retropié
Se propone derivar a Unidad de Musculo Esquelético:
- Pie plano doloroso o con exceso de varo/valgo en niños menores de 5 años
- Pie plano en mayor de 5 años con maniobras negativas (Jack, Coleman, Fonseca…) o varo/valgo de retropié mayor a 10º.
- Pie varo mayor 10º
- Pie valgo mayor 10-15º
- Pie cavo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado todas las actividades propuestas en el cronograma hasta la fecha.
Las fechas propuestas en el cronograma de los indicadores que se relacionan a continuación son de marzo a septiembre 2020:
- Presentación y entrega del protocolo de seguimiento y tratamiento de las patologías ortopédicas infantiles más relevantes en sesión Servicio de Rehabilitación y Medicina Física para su incorporación a la asistencia en consultas de UME y RHB Infantil
- Porcentaje de niños a los que se aplica el protocolo creado en las derivaciones infantiles al Servicio de Rehabilitación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1378

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

. Presentación y entrega de documentos informativos sobre las fases y variantes de la normalidad del desarrollo fisiológico de MMII para su incorporación a la asistencia en consultas de UME y RHB Infantil

Bibliografía:

A Guide Idiopatic Toe Walking http://www.seattlechildrens.org/pdf/PE1532S.pdf
Aguilera L, M.Alonso, J.Álvarez. Protocolo de Salud Infantil. Atención al niño de Salud Madrid
Blanco I, Ferrero Méndez A, Aguilar Naranjo JJ, Climent Barberá JM, Conejero Casares JA et al. Manual SER-MEF de Rehabilitación y Medicina Física. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006, pp 703-714
Caserta AJ, Pacey V, Fahey MC, Gray K, Enbelbert RHH, Williams CM. Interventions for idiopathic toe walking. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 10. Art. No.: CD012363
Conejero Casares J A. Exploración ortopédica infantil. Pediatría Integral 2014; XVIII(7): 478-487
Espinosa Jorge J, Arroyo Riaño Mª O, Martín Maroto P, Ruiz Molina D, Moreno Palacios J A. Guía Esencial de Rehabilitación Infantil. Editorial Panamericana. 2012
Fred Dietz, MD and Songsak Khunsree, MD. Iowa Orthop J 2012; 32: 184-188
Idiophatic Toe Walking
https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/toe-walking/symptoms-causes/syc-20378410
Idiopathic Toe Walking: To Treat or not to Treat, that is the Question
Lozano Martin C, Cobos Pradas M R, Martinez De la llana O, Campos Alonso O, Lopez Vinagre E. Propuesta de protocolo para seguimiento ortopédico infantil en Atención Primaria. Hospital de Cruces.
Lynn T. Staheli. Pediatric orthopaedic secrets. 2nd edition. Philadelphia. Hanley & Belfus INC. 2003. P. 223
Redondo García Mª Á, Conejero Casares J A. Rehabilitación Infantil. Editorial Panamericana. 2012.
Rome K, Ashford RL, Evans A. Non-surgical interventions for paediatric pes planus (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010
Sabharwal S. Blount disease. J Bone Joint Surg Am. 2009 Jul;91(7):1758-76.11 Shinohara Y, Kamegaya M, Kuniyoshi K, Moriya H. Natural history of infantile tibia vara. J Bone Joint Surg Br 2002; 84: 263-268.
Salenius P. The development of the tibiofemoral angle in children. J Bone Joint Surg 1975; 57- A: 260.
S.E.R.I.Libro de las jornadas científicas de la Sociedad Española de Rehabilitación Infantil, Volúmen I" (Sevilla 2011).
Viladot R, Cohí O, Clavell S. Ortesis y prótesis del aparato locomotor. 2.1. Extremidad inferior. Barcelona. Mas-son. 2002. 143.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora considera que la actualización y protocolización realizada, basada en las recomendaciones científicas, de las alteraciones ortopédicas remitidas por el Pediatra de atención primaria, nos permitirá atender a los niños con la máxima fiabilidad y eficiencia, evitando consultas improductivas, dando el mejor consejo a los padres e indicando tratamiento rehabilitador únicamente en aquellas patologías que la precisen.

Un diagnostico preciso y un tratamiento correcto evitará tratamientos inadecuados o abusivos tanto de fisioterapia como de ortesis así como la sobrecarga de consultas innecesarias.

Han quedado pendientes las actividades que en el cronograma se indicaron se realizarían de marzo a septiembre: Sesión informativa Servicio rehabilitación y documentos informativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1378 ========== ***

Nº de registro: 1378

Título
PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

Autores:
TRIS ARA MARIA JOSE, PEÑA GIMENEZ ANA, ALZUET LAZARO VANESA, ORELLANA GARCIA RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
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 - 2019/1378

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología ortopédica infantil comprende un grupo de procesos que habitualmente son motivo de consulta frecuente al médico rehabilitador. Se ha detectado consultas innecesarias al Servicio de Reahabilitación que sobrecargan y alargan las lista de espera por situaciones que muchas veces son variaciones de la normalidad durante el crecimiento y que retrasan la atención de aquellas patologías que si precisan nuestra atención. Es necesario conocer la historia natural de la evolución del crecimiento normal así como de las diferentes patologías y de los procesos con los que hay que realizar un diagnóstico diferencial.
Realizar un protocolo de actuación basado en las recomendaciones científicas más actualizadas nos permitirá atender a los niños con la máxima fiabilidad y eficiencia, evitando consultas improductivas, dando el mejor consejo a los padres e indicando tratamiento rehabilitador únicamente en aquellas patologías que la precisen.
Un diagnóstico preciso y un tratamiento correcto evitara tratamientos inadecuados o abusivos tanto de fisioterapia como de órtesis así como sobrecarga de consultas innecesarias.

RESULTADOS ESPERADOS
Durante el crecimiento y desarrollo infantil el esqueleto evoluciona desde un esbozo cartilaginoso hasta la madurez ósea. En este proceso se producen en ocasiones variantes de la normalidad que por su intensidad provocan preocupación en las familias de los niños y como consecuencia numerosas consultas a pediatría, rehabilitación y cirugía ortopédica.
Un protocolo de actuación conjunto para nuestras consultas de Unidad de Musculo Esquelético de los ambulatorios de especialidades y de Rehabilitación Infantil mejoraría la atención, controles evolutivos fiables, derivaciones y tratamientos innecesarios.
En este primer año se realizaría un protocolo de seguimiento/actuación en Rehabilitación para en un segundo año ampliar a consensuar en las patologías que así lo precisen con cirugía ortopédica infantil y finalmente pediatría de Atención Primaria.

MÉTODO
7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR
Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Reuniones entre los médicos rehabilitadores de las U.M.E y Rehabilitación Infantil:
Realizar un análisis de las patologías ortopédicas infantiles más frecuentes en nuestras consultas.
Revisión basada en la evidencia científica de los diagnósticos y tratamientos rehabilitadores de dichas patologías.
Realizar un protocolo de seguimiento que incluirá una exploración sistemática y el tratamiento de las patologías que así lo precisen
Realizar documentos informativos sobre las fases y variantes de la normalidad más frecuentes del desarrollo fisiológico normal.
Presentación de dichos protocolos en sesión clínica en el Servicio de Rehabilitación

INDICADORES
Presentación y entrega del protocolo de seguimiento y tratamiento de las patologías ortopédicas infantiles más relevantes en sesión Servicio de Rehabilitación y Medicina Física para su incorporación a la asistencia en consultas de UME y RHB Infantil
Porcentaje de niños a los que se aplica el protocolo creado en las derivaciones infantiles al Servicio de Rehabilitación.
Presentación y entrega de documentos informativos sobre las fases y variantes de la normalidad del desarrollo fisiológico de MMII para su incorporación a la asistencia en consultas de UME y RHB Infantil

DURACIÓN
Fecha inicio: Octubre 2019 Fecha finalización: septiembre 2020
1º mes: Análisis de las patológias más frecuentes derivadas por Atención Primaria al Servicio de Rehabilitación
2º-3º mes: Revisión basada en la evidencia científica de la exploración, diagnostico y tratamiento de las patologías ortopédicas infantiles y del desarrollo fisiológico normal
4º-5º-6º mes: Realización de protocolos de seguimiento y tratamiento patologías ortopédicas infantiles.
7º y 8º mes: Realización documentos Informativos
9º mes: Presentación en sesión clínica Servicio de Rehabilitación
10ºy 11º mes: Aplicación de los protocolos a los niños citados en Rehabilitación Infantil y en ULME durante este periodo
12º mes: Estudio del porcentaje de niños a los que se ha aplicado el protocolo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1378

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

```
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 - 2019/1465

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE TECNICA INTERVENCIONISTA ECOGUIADA FRENTE A TECNICA GUIADA POR REFERENCIAS ANATOMICAS EN PATOLOGIA DE HOMBRO. RENTABILIDAD DEL USO DE ECOGRAFO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ORELLANA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PECES GONZALEZ NATALIA
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA
MELENDEZ LABORDA ANA
SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR
GARCIA GALAN MARIA JOSE
ALZUET LAZARO VANESA
DEL CAMPO FERNANDEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En UME (Unidad de Musculo Esquelético) de Centro Especialidades de Ramón y Cajal y UME de C. Especialidades San José se debía realizar infiltración no ecoguiada, por no disponer de ecógrafo, de hombro con tendinopatía de manguito rotador y/o bursitis subacromiosubdeltoidea sin signos de rotura tendinosa.
En Servicio de Hospital de Teruel y Hospital de Calahorra se debía realizar infiltración ecoguiada en la patología antes mencionada al igual que en el Servicio de RHB Intervencionista de Hospital Universitario Miguel Servet.
Mencionábamos que los criterios de inclusión debían ser: Paciente mayor de 18 años y menores de 65 años con clínica de tendinopatía manguito rotador/bursitis subacromiosubdeltoidea sin signos de rotura tendinosa, balance articular conservado pero doloroso, maniobra de Jobe positiva, no debilidad, radiografía de hombro sin alteraciones valorables e infiltraciones con el mismo tratamiento farmacológico y misma dosis en los distintos centros mencionados.
Se ha intentado recoger muestra de pacientes con los criterios de inclusión antes mencionados para el estudio, pero hemos presentado grandes dificultades. Se observó en los dos primeros meses del estudio (mayo y junio de 2019) que ningún paciente de los centros de especialidades ni del hospital de Teruel, Calahorra y Miguel Servet cumplía los criterios.
Uno de los criterios de inclusión que se incumple es el estudio radiológico sin alteraciones valorables. Casi todos los pacientes presentan alguna alteración radiológica: artrosis acromio-clavicular, lesiones focales en troquiter y/o calcificaciones peri articulares.
Otro de los problemas con los que nos hemos encontrado es que muchos de los pacientes acudían con otros estudios de imagen realizados: ecografía y/o RMN. Motivo por el cual, no podíamos incluirlos, aunque cumpliesen el resto de los criterios.
Se añade el problema del control de la infiltración. En el estudio deseábamos controlar a los pacientes a las 6-8 semanas de la infiltración, pero muchos de los pacientes a los que se les realizó la técnica, superaron ese tiempo. La revisión ha sido en mucho de ellos más de 4 meses después y algunos no han sido todavía revisados. Este problema es secundario a la gran presión asistencial que se tiene en nuestro Servicio.
En el tercer mes de recogida de datos se ha decidido recoger toda la patología de hombro valorada en ese mes (julio de 2019) en el Centro de Especialidades de Ramón y Cajal. Dado el fracaso del estudio en cuanto a los criterios de inclusión e indicadores a valorar se ha decidido esta recogida de datos para demostrar la imposibilidad de desarrollar el estudio planteado.
También se ha recogido la muestra de pacientes valorados en el Hospital de Teruel, aunque tampoco se han cumplido los criterios de inclusión en ellos.
En cuanto a la recogida de datos del Centro de Especialidades de San José no ha sido posible por la incapacidad laboral temporal de la responsable. En el Hospital de Calahorra y Servicio de Rehabilitación Intervencionista de Miguel Servet no se han cumplido los criterios de inclusión y a su vez, la clase de fármacos ha sido distinto y la dosis de los fármacos ha sido mayor al que se planteaba en el estudio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha recogido una muestra de 35 pacientes en el centro de especialidades de Ramón y Cajal del mes de julio de 2019, como se ha explicado en el apartado anterior, sin cumplir los criterios de inclusión.
De ellos, 19 pacientes cumplen el criterio de edad (mayor de 18 años y menor de 65 años) pero 11 de éstos presentan alguna alteración en el estudio radiológico (artrosis acromio-clavicular y/o calcificaciones peri articulares).
De los 8 pacientes que cumplen el criterio de inclusión radiólogo, 5 ya disponen de prueba de imagen previa (ecografía y/o RMN). Dos de los pacientes deciden no realizarse la técnica y otro presenta EVA 8 antes de la técnica, pero no ha sido revisado todavía en la consulta.
10 de los 19 pacientes ya disponen de otras pruebas complementarias: 7 les habían realizado ecografía y 3 disponen de estudio de RMN.
A 12 de ellos se les realiza infiltración no eco guiada. 2 rechazan la técnica intervencionista y uno es derivado directamente a Rehabilitación Intervencionista de H. Miguel Servet porque ya había sido infiltrado previamente sin resultados favorables.
Después de 5 meses, 7 de los 12 pacientes infiltrados no han recibido todavía revisión en consulta por lo que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1465

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE TECNICA INTERVENCIONISTA ECOGUIADA FRENTE A TECNICA GUIADA POR REFERENCIAS ANATOMICAS EN PATOLOGIA DE HOMBRO. RENTABILIDAD DEL USO DE ECOGRAFO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES

no disponemos de información de su evolución.
De los 5 pacientes sí revisados, 3 no precisan segunda infiltración y 2 sí la precisan por persistir EVA >6.

Teniendo en cuenta la muestra global de 35 pacientes valorados en el mes de julio observamos que la edad media ha sido 62 años. 16 de los 35 pacientes superan la edad de 65 años. Se han valorado 21 mujeres y 14 hombres. 19 pacientes presentan patología en hombro derecho (en todos es la extremidad superior dominante), 11 presentan patología en hombro izquierdo (dos pacientes son zurdos), 5 pacientes tienen afectación en ambos hombros (4 mayores de 65 años y uno de 49 años). 23 de los pacientes presentan alteración en el estudio radiológico y 15 de ellos disponen de estudio de ecografía y/o RMN previo. La valoración de EVA media en primera visita ha sido 6. Los pacientes con EVA <6 han decidido no realizarse la técnica.
Se ha realizado infiltración a 26 pacientes; 13 de ellos no han podido ser revisados para valorar la evolución. De los otros 13 pacientes revisados, 8 no precisan segunda infiltración con EVA postécnica medio de 3. Tres precisan segunda infiltración por persistir dolor con EVA medio 6.
A cuatro pacientes se les solicita más pruebas complementarias. Son pocos pacientes a los que se les solicita más pruebas, pero recordamos quince pacientes de la muestra total ya disponen de estudios de imagen previos.
De los 3 pacientes que han precisado segunda infiltración, dos no han sido revisados en consulta y uno ha mejorado la clínica siendo dado de alta. Dos pacientes han sido derivados al Servicio de Rehabilitación Intervencionista del H. Miguel Servet.

En el Hospital de Teruel se ha recogido una muestra pequeña de pacientes para realizar infiltración ecoguiada porque han presentado una avería en el ecógrafo disponible. También ha supuesto una limitación importante los criterios de inclusión en cuanto a edad y el precisar de un estudio radiológico sin alteraciones.
Se ha recogido la siguiente muestra en el Hospital de Teruel: 7 pacientes en edad comprendida entre 35 y 64 años con edad media 51 años. 5 de los 7 pacientes presentan lesiones focales en troquiter en el estudio radiológico. En cuanto al sexo, se han valorado a 6 mujeres y 1 hombre. El hombro más afectado ha sido el derecho y todos los pacientes eran diestros. El EVA medio previo a la técnica ha sido 7 y postécnica 3. Ningún paciente ha precisado segunda infiltración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se pretendía demostrar la rentabilidad del uso de infiltración con guía ecográfica en Centros de Especialidades por el aumento la precisión y eficacia de la técnica. Los objetivos eran el disminuir el número de infiltraciones, el número de consultas y disminuir el número de derivaciones a otros servicios, al igual que disminuir el número de pruebas complementarias a solicitar.
Ha habido un error en la elección de los criterios de inclusión que ha supuesto que haya sido imposible tener una muestra de la que poder sacar unos resultados concluyentes. Pero también se han observado otras dificultades externas que sí podríamos estudiar para corregir en nuestra práctica diaria. Entre ellas:
- Gran número de pacientes acuden con más pruebas complementarias realizadas de las necesarias antes de ser valorados en nuestro Servicio. El resultado de las mismas no va a cambiar nuestra actuación o tratamiento.
- La organización de las revisiones sucesivas en centros de especialidades no está funcionando adecuadamente, siendo el tiempo de revisión de un paciente al que se le ha realizado técnica intervencionista muy superior a 2 meses (en nuestra muestra, la mitad de los pacientes infiltrados no había recibido cita de revisión pasados 5 meses).

Para conseguir una sostenibilidad del proyecto, se deberían de modificar los criterios de inclusión siendo más permisivos en la edad de los pacientes a estudio y en las alteraciones posibles en el estudio radiológico.
Antes de poder plantear una replicación del estudio habría que valorar un cambio en el funcionamiento de las unidades de musculo esquelético. Se está realizando un gran trabajo para conseguir valorar a los pacientes de primera visita en menos de 60 días, pero con este estudio observamos que no se están valorando adecuadamente los pacientes que precisan revisión.
Por otro lado, los pacientes acuden con más pruebas complementarias realizadas de las necesarias. Se debe informar a los médicos de atención primaria de los resultados observados e impartir talleres y definir de protocolos con los médicos de Atención Primaria sobre patología musculo esquelética, junto con los criterios y exploraciones básicas para derivar a UME.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1465 ========== ***

Nº de registro: 1465

Título
ESTUDIO COMPARATIVO DE TECNICA INTERVENCIONISTA ECOGUIADA FRENTE A TECNICA GUIADA POR REFERENCIAS ANATOMICAS EN PATOLOGIA DE HOMBRO. RENTABILIDAD DEL USO DE ECOGRAFO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1465

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE TECNICA INTERVENCIONISTA ECOGUIADA FRENTE A TECNICA GUIADA POR REFERENCIAS ANATOMICAS EN PATOLOGIA DE HOMBRO. RENTABILIDAD DEL USO DE ECOGRAFO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES

Autores:
ORELLANA GARCIA RAQUEL, PECES GONZALEZ NATALIA, RENAU HERNANDEZ ESMERALDA, MELENDEZ LABORDA ANA, SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR, GARCIA GALAN MARIA JOSE, ALZUET LAZARO VANESA, DEL CAMPO FERNANDEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Desde hace unos años están en funcionamiento Unidades de Musculo-Esquelético (UME) con la función de valorar a pacientes con patología del aparato locomotor que no mejora con tratamiento farmacológico adecuado y/o tratamiento con fisioterapia en atención Primaria. Se dan pautas de ergonomía articular, se ajusta tratamiento farmacológico, se prescriben ayudas técnicas y/o se realizan técnicas invasivas (infiltraciones).
En muchas ocasiones, se realizan técnicas intervencionistas guiadas mediante referencias anatómicas que pueden mejorar la intensidad del dolor y capacidad funcional del paciente.
A veces, estas técnicas invasivas no son efectivas, precisando 2 o hasta tres infiltraciones. Este fracaso puede deberse a la no visualización correcta de la estructura a infiltrar o error por variabilidades anatómicas que puede tener el paciente.
Está demostrado que las técnicas intervencionistas ecoguiadas permiten visualizar en tiempo real estas estructuras anatómicas y sirven para evitar lesionar paquetes y ramas vasculonerviosas, neumotorax en infiltraciones torácicas, lesiones en espacio epidural en infiltraciones de columna. Permiten realizar exploraciones dinámicas en patología osteomuscular. Se aumenta la precisión y eficacia de la técnica a realizar, ya que se evita el error de las variabilidades anatómicas que puedan aparecer y que no se consideran en las técnicas guiadas por referencias anatómicas.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Comparar la eficacia de técnica de infiltración ecoguiada y no ecoguiada en una patología habitual en consulta de UME: patología de hombro (tendinopatía del manguito rotador/ bursitis subacromial sin rotura tendinosa)
2. Demostrar la rentabilidad de disponer de ecógrafo en Unidad de Musculoesquelético en Centro de Especialidades:
-Disminución de derivaciones a RHB Intervencionista del H. Miguel Servet en patologías de baja dificultad de realización y con seguridad clínica
-Disminución de número de infiltraciones
-Disminución de número de consultas
-Mejora de escala EVA con la técnica ecoguiada

MÉTODO
Se realiza estudio multicéntrico:
- En UME (Unidad de Musculo Esquelético) de Centro Especialidades de Ramón y Cajal y UME de C. Especialidades San Jose donde se realizará infiltración no ecoguiada, por no disponer de ecógrafo, de hombro con tendinopatía de manguito rotador y/o bursitis subacromiosubdeltoidea sin signos de rotura tendinosa.
- En Servicio de Hospital de Teruel y Hospital de Calahorra donde se realizará infiltración ecoguiada en la patología antes mencionada.
- En RHB Intervencionista de Hospital Universitario Miguel Servet donde se realizará infiltración ecoguiada en la patología. Se descartarán los pacientes derivados a la Unidad que ya han sido infiltrados previamente por referencia anatómica.

Criterios de inclusión:
1. Paciente mayor de 18 años y menores de 65 años con clínica de tendinopatía manguito rotador/bursitis subacromiosubdeltoidea sin signos de rotura tendinosa
2. Balance articular conservado pero doloroso
3. Maniobra de Jobe positiva
4. No debilidad
5. Radiografía de hombro sin alteraciones valorables.
6. Las infiltraciones se realizarán con el mismo tratamiento farmacológico y misma dosis en los distintos centros mencionados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1465

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE TECNICA INTERVENCIONISTA ECOGUIADA FRENTE A TECNICA GUIADA POR REFERENCIAS ANATOMICAS EN PATOLOGIA DE HOMBRO. RENTABILIDAD DEL USO DE ECOGRAFO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES

Criterios de exclusión:
1. Pacientes con capacidad cognitiva deteriorada y/o trastornos psiquiátricos
2. Pacientes con EVA igual o menor a 3
3. Alergia a anestesicos y/o corticoides
4. Aquellos que rechacen la técnica

INDICADORES
Se recogerá:
1. Edad
2. Sexo
3. Patología a tratar: tendionopatía de manguito rotador/bursitis subacromiosubdeltoidea sin signos de rotura.
4. Brazo dominante: diestro/zurdo
5.Hombro afectado: derecho/izquierdo
6. EVA (escala analógica visual) antes y después de la técnica/s.
7. Número de infiltraciones para la patología (espaciadas 6-8 semanas).
8. Número de consultas por la misma patología.
9. Solicitud de pruebas complementarias: ecografía/RMN.
10. Derivación a otros Servicios por fracaso de la técnica.
Se evaluará:
1. Control del dolor con técnicas de bloqueo/infiltración ecoguiados comparado con técnicas no ecoguiadas (EVA antes y después de la técnica)
2. Número de infiltraciones con técnicas ecoguiadas comparado con técnica no ecoguiada
3. Número de consultas por la misma patología.
4. Solicitud de pruebas complementarias: ecografía/RMN.
5. Derivación a otros Servicios por fracaso de la técnica

DURACIÓN
La recogida de datos se realizará durante 8 meses, desde mayo de 2019 hasta diciembre de 2019 incluido. Se estima que se recogerá una muestra de 100 a 150 pacientes

OBSERVACIONES
En Centro Especialidades Ramón y Cajal y San José: sala de curas con material específico para la infiltración.
En Hospital de Calahorra, Hospital de Teruel, RHB Intervencionista de Hospital Universitario Miguel Servet: sala de curas equipada con ecógrafo, fundas de ecógrafo, material específico para infiltración

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 - 2019/0334

1. TÍTULO

UTILIDAD DE REPETICION DE CRIBADO PARA DETECCION DE INFECCION LATENTE/ACTIVA DE TBC EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS AL REALIZAR CAMBIO DE BIOLOGICO (POR INEFICACIA O ACONTECIMIENTOS ADVERSOS)

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANGELA PECONDON ESPAÑOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELTRAN AUDERA CHESUS
LESTA ARNAL ALVARO
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER
MEDRANO SAN ILDEFONSO MARTA
MERIÑO IBARRA ERARDO
VAZQUEZ GALEANO CARLOS
PEREZ BORAU MARIA ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al igual que siempre, los facultativos de este servicio han solicitado estudio screening (Rx tórax e IGRA) para descartar infección latente de TBC (ILT) a todos los pacientes que iban a realizar cambio de fármaco biológico en el año 2019 y tenían screening ILT negativos con anterioridad a 1 año (realizados para la indicación/ cambio de biológicos previos).
Se han revisado todos los 42 cuadernillos de los protocolos y los resultados de IGRA/Rx tórax de la historia clínica electronica de los pacientes de nuestro sector que realizaron cambio de biológico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Después de revisar todos los cuadernillos-protocolo así como información de intranet (historia clínica electrónica) de los pacientes, no se ha detectado que ninguno de los 42 pacientes que han realizado cambio de terapia biológica a lo largo del año 2019 y que previamente tuvieron negativo el estudio de ILT para la indicación de los biológicos anteriores, haya presentado positivización de dichas pruebas (ósea no se ha detectado falsos negativos ni infecciones infra-clinicas TBC) ni tampoco infección tuberculosa activa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El impacto del proyecto es importante, ya que a la vista de los resultados parece que no seria necesario realizar screening para ILT en ese subgrupo de pacientes, a no ser que el paciente tuviera alguna manifestación o contacto sospechoso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/334 ========== ***

Nº de registro: 0334

Título
UTILIDAD DE REPETICION DE CRIBADO PARA DETECCION DE INFECCION LATENTE/ACTIVA DE TBC EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS AL REALIZAR CAMBIO DE BIOLOGICO (POR INEFICACIA O ACONTECIMIENTOS ADVERSOS)

Autores:
PECONDON ESPAÑOL ANGELA, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER, MEDRANO SAN ILDEFONSO MARTA, MERIÑO IBARRA ERARDO, VAZQUEZ GALEANO CARLOS, PEREZ BORAU MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0334

1. TÍTULO

UTILIDAD DE REPETICION DE CRIBADO PARA DETECCION DE INFECCION LATENTE/ACTIVA DE TBC EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS AL REALIZAR CAMBIO DE BIOLOGICO (POR INEFICACIA O ACONTECIMIENTOS ADVERSOS)

PROBLEMA
El uso de terapias biológicas y más recientemente de pequeñas moléculas (Jakinib) en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias/autoinmunes (artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondiloartritis, artritis idiopática juvenil, …) ha supuesto un gran paso en el tratamiento por su eficacia, aunque su empleo como también pasa con otros fármacos inmunosupresores, implica un aumento del riesgo de infecciones, en particular tuberculosis (TB) sobre todo con fármacos anti_TNF, como se puso pronto en evidencia con la farmacovigilancia.
Es por eso que en pacientes, candidatos a tratamiento con fármacos anti-TNF, se estableció realizar un estudio obligatorio para detección de infección tuberculosa latente (ILT) que incluye anamnesis dirigida a dilucidar antecedentes de TB o infección latente (tratada o no con anterioridad), búsqueda de evidencias de TB previa en la Rx de tórax y realización de Tuberculina./IGRA.
En base a la vulnerabilidad de estos pacientes frente a la TB cuando se hallan en tratamiento con biológicos (sobre todo anti-TNF), podría parecer prudente repetir el cribado cada vez que se hace cambio de biológico (ya sea por ineficacia o por acontecimientos adversos), siempre y cuando haya pasado un periodo superior a 1 año con respecto al previo.
Según datos disponibles no estaría indicado como estrategia diagnostica repetirlo en los pacientes que han sido negativos en el screening del primer biológico y tampoco durante el tratamiento. Solo se aconseja repetir dicho cribado si se producen cambios en la sintomatología clínica o tras una posible exposición a M. tuberculosis en viajes a zonas de alta endemia. A pesar de lo cual continua cierto goteo de pacientes que estando con terapia biológica desarrollan una tuberculosis .

RESULTADOS ESPERADOS
Analizar si después de al menos 1 año de un cribado, la repetición, del estudio radiológico de tórax y el IGRA a los pacientes que precisen cambio de biológico y que fueron negativos para ILT en el anterior o anteriores biológicos, revela:
- 1º Falsos negativos: ósea el nuevo screening detecta positivización de IGRA o alteraciones en Rx tórax
- 2º Infecciones activas TBC infra-clínicas.

MÉTODO
- Durante el 2019, a todos los pacientes que precisen cambio de fármaco biológico y que tengan screening ILT negativo realizado con anterioridad a 1 año, se les realizara por protocolo, repetición de Rx tórax y el IGRA
- Se revisaran los cuadernillos de los protocolos y analizaran resultados 2 veces al año.
- Se presentaran los resultados a los componentes del servicio también 2 veces al año.

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes que positivizan screening para ILT. Subanalisis por enfermedades
- Porcentaje de pacientes que desarrollan TBC. Subanalisis por enfermedades
- Relación entre resultado de la repetición del screening y el desarrollo de tuberculosis.

DURACIÓN
En principio la duración del proyecto será de 1 año, aunque podría ampliarse según los resultados.
Todos los facultativos del servicio serán los encargados de solicitar la repetición del screening a los pacientes anteriormente descritos.
La Dra Pecondon será la encargada de recoger la información, realizar los análisis, así como la presentación de los resultados a los componentes del servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0335

1. TÍTULO

ANALISIS COMPARATIVO DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFLIXIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MANERO RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELTRAN AUDERA CHESUS
LESTA ARNAL ALVARO
MEDRANO SAN ILDEFONSO MARTA
MERIÑO IBARRA ERARDO
PECONDON ESPAÑOL ANGELA
VAZQUEZ GALDEANO CARLOS
ANDRES COLL ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Dr Manero ha sido y sigue siendo el encargado de recopilar y comunicar los acontecimientos adversos que informan los facultativos de nuestro servicio para la base de datos BIOBADASER (Registro Español de Acontecimientos Adversos de Terapias Biológicas en Enfermedades Reumáticas) de los pacientes que siguen tratamiento con fármacos biológicos (originales o biosimilares) o con otros como las pequeñas moléculas. La misión principal de este registro es conocer la seguridad de estos medicamentos en practica de vida real tanto a corto como a largo plazo.
Con el objetivo de conocer si hay diferencias en la aparición de acontecimientos adversos graves entre fármacos biológicos originales y biosimilares de etanercept, adalimumab, infliximab y rituximab, han sido analizados los comunicados en una muestra de 211 pacientes en el periodo comprendido entre el 1 de diciembre 2018 a 1 diciembre del 2019.
En sesión clínica, el Dr Manero, comunicó algunos resultados preliminares en junio 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. De una muestra de 211 pacientes expuestos con al menos una dosis de alguno de los biológicos biosimilares u originales de etanercept, adalimumab, infliximab o rituximab, han sido comunicados a Biobadaser un nº total de 10 acontecimientos adversos graves (AAG) en ese periodo (ninguno de ellos mortal), lo que supone un 4,7 % .
2. Por fármacos:
a. De los 72 pacientes que han llevado alguna dosis de Humira® (adalimumab original), han tenido algún AAG un total de 2 pacientes (2,8%), frente a cero de los 23 pacientes tratados con Hyrimoz® (biosimilar de adalimumab) (0%). Los 2 casos con Humira® han sido comunicados uno en Artritis Reumatoide y el otro en Espondilitis Anquilosante y han sido de naturaleza infecciosa (neumonía y artritis séptica).
b. De los 54 pacientes que han llevado alguna dosis de Enbrel® (etanercept original) han tenido algún AAG un total de 5 pacientes (9,2%), frente a 3 de los 33 pacientes tratados con Benepali® (biosimilar de etanercept) (9,1%). De los 5 casos de Enbrel®, 2 han sido en Artritis Reumatoide (neumonía, cardioversión), 2 en Espondiloartropatías (neumonía y arritmia) y 1 en Artritis Idiopática Juvenil (apendicitis). Así mismo de los 3 casos comunicados con Benepali®, 2 han sido en Artritis Reumatoide (neumonía, infección respiratoria) y 1 en artropatía psoriásica (carcinoma basocelular)
c. De los 2 pacientes tratados con Remicade®(infliximab original) no ha habido ninguna comunicación de AAG (0%). Y tampoco con respecto a los 9 pacientes tratados con Inflecta® (biosimilar de infliximab) (0%)
d. De los 14 ciclos administrados de Mabthera®(rituximab original), no ha habido ninguna comunicación de AAG (0%). Y tampoco con respecto a los 4 pacientes tratados con Rixathon® (biosimilar de rituximab) (0%).

3. Por enfermedades: 5 pacientes (50%) tenían A Reumatoide, 1 artropatía psoriásica (10%), 3 Espondiloartritis (30% y 1 AIJ (10%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En nuestros pacientes:
1.- No hay diferencias significativas entre biológicos originales y biosimilares de etanercept, adalimumab, infliximab y rituximab
2.- La mayor frecuencia de acontecimientos adversos con etanercept (original o biosimilar) muy probablemente se debe al hecho de que es el anti-TNF recomendado y por lo tanto que hemos prescrito en pacientes con mas comorbilidades o de mayor edad, osea los más proclives a tener problemas.
3.- Por enfermedades los pacientes con A Reumatoide, (de acuerdo con la literatura) son los que mas procesos infecciosos suelen tener.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0335

1. TÍTULO

ANALISIS COMPARATIVO DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFLIXIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA

*** ========== Resumen del proyecto 2019/335 ========== ***

Nº de registro: 0335

Título
ANALISIS COMPARATIVO DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFLIXIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA

Autores:
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, MEDRANO SAN ILDEFONSO MARTA, MERIÑO IBARRA ERARDO, PECONDON ESPAÑOL ANGELA, VAZQUEZ GALEANO CARLOS, ANDRES COLL ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
ANALISIS COMPARATIVO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFLIXIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA.

Las terapias biológicas han tenido un gran impacto en el tratamiento de muchas enfermedades inflamatorias/autoinmunes. Su elevado coste es una preocupación para las autoridades sanitarias.
El desarrollo, aprobación e introducción en la practica clinica de las versiones biosimilares de algunos de los biológicos más empleados, supone un significativo disminución del coste, lo que en algunas sociedades, además puede determinar un aumento a su accesibilidad.
Según la Agencia Europea del Medicamento (EMA), un biosimilar es un medicamento biológico que contiene una versión del principio activo de un producto biológico original o producto de referencia cuya patente ha expirado, frente al cual demuestra que las leves diferencias fisicoquímicas y biológicas no afectan a la calidad, eficacia y seguridad, lo que en ultima instancia permite su autorización.
Es importante resen~ar que el te´rmino biosimilar tiene un cara´cter regulador y se utiliza en la Unio´n Europea (UE) para evidenciar la comparabilidad entre el biolo´gico de referencia y el biosimilar.
Actualmente los biosimilares en el área de enfermedades inflamatorias de Reumatologia que están autorizados en la UE son: Etanercept, infliximab, adalimumab y rituximab .

RESULTADOS ESPERADOS
Comparar la frecuencia de aparición de acontecimientos adversos (entre ellas las infecciones..) en pacientes con fármacos originales de etanercept, adalimumab, infliximab y rituximab frente a la de pacientes que estén siendo tratados con sus biosimilares (biosimilar versus original).

MÉTODO
• Se van a recoger durante al menos 1 año (en el periodo comprendido entre noviembre del 2018 y noviembre del 2019) los acontecimientos adversos graves, en pacientes de nuestro medio que sigan tratamiento con etanercept, adalimumab, infliximab y Rituximab, ya sean originales o biosimilares.
• La fuente de esta información será de una parte los cuadernillos/protocolo, donde se guardan las comunicaciones que hacen todos los facultativos y de otra la base multicentrica nacional Biobadaser, donde nuestro servicio comunica dichos acontecimientos
• Se analizaran los resultados 2 veces al año.
• Se presentaran los resultados a los componentes del servicio también 2 veces al año.

INDICADORES
• Porcentaje de acontecimientos adversos graves en pacientes con biosimilares y en pacientes con biológicos originales. Subanalisis por enfermedades y fármacos si procede.

DURACIÓN
• En principio la duración del proyecto será de 1 año, aunque podría ampliarse según los resultados.
• El Dr Manero, como responsable del área de terapias biológicas recogerá de forma centralizada los acontecimientos adversos cuya documentación luego guardara en los cuadernillos/protocolo
• La Dra Pecondón será la encargada de realizar los análisis, así como la presentación de los resultados a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0335

1. TÍTULO

ANALISIS COMPARATIVO DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFLIXIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA

los componentes del servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1203

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE GRAN QUEMADO INGRESADO EN UCI

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MONTSERRAT DE TERA MUÑOZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOYA CALVO ALBERTO
APARICIO JUEZ SARAY
PEREZ ROMERO CRISTINA
ANDRES GINES LAURA
MORON MORENO RAQUEL
DELGADO DEZA SILVIA
ANDREU VAZQUEZ MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Definición del grupo de trabajo (Abril 2019)
- Diseño del proyecto de mejora (Abril 2019)
- Identificación de la información pertinente (Abril- Mayo 2019)
- Elaboración del tríptico (Junio-Julio 2019)
- Entrega de información (Julio-Noviembre 2019)
- Valoración inicial de indicadores (Noviembre 2019)
- Propuestas de mejora (Noviembre 2019)
- Evaluación final (Diciembre 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras revisar bibliográficamente publicaciones científicas recientes y protocolos actualizados se han sintetizado y señalado los aspectos más importantes para elaborar un tríptico informativo para familiares de pacientes ingresados en UCI con diagnóstico Gran quemado.
Se elaboró un primer borrador que fue revisado por el jefe de servicio de UCI de Traumatología y realizado un seguimiento por la supervisora de la unidad. Una vez hechas las modificaciones pertinentes, se obtuvo la versión definitiva y se imprimieron varios ejemplares para dar a las familias en el momento del ingreso.
El indicador marcado ha sido el porcentaje de familias de pacientes grandes quemados a los que se les entrega el tríptico, se ha cumplido el estándar prefijado desde el inicio de >80%, aunque han ingresado pocos casos durante el año 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante el periodo de implantación del proyecto ha quedado constancia en las encuestas de valoración general de la unidad una mayor satisfacción por parte de la familia en cuanto a la información recibida. Además, se ha observado una disminución del nivel de ansiedad-estrés de la familia al ingreso al verse reforzada la información verbal con la información escrita.
El proyecto ha sido realizado en un año en el que se han producido pocos casos gran quemados ingresados en UCI, por lo que seguiremos valorando la respuesta e impacto en la familia de la información dada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1203 ========== ***

Nº de registro: 1203

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE GRAN QUEMADO INGRESADO EN UCI

Autores:
DE TERA MUÑOZ MONTSERRAT, MOYA CALVO ALBERTO, APARICIO JUEZ SARAY, PEREZ ROMERO CRISTINA, ANDRES GINES LAURA, MORON MORENO RAQUEL, DELGADO DEZA SILVIA, ANDREU VAZQUEZ MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1203

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE GRAN QUEMADO INGRESADO EN UCI

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El paciente gran quemado ingresa en nuestra Unidad en función del tipo, profundidad y localización de la quemadura, pero siempre conllevando un importante riesgo vital. Implica una importante carga para enfermería: medidas de soporte respiratorio, hemodinámico; una vigilancia a posibles complicaciones, así como las dirigidas al control del dolor y manejo de la sedación.
Creemos que la enfermería de Medicina Intensiva debe dirigir también su atención hacia los familiares más íntimos del paciente, especialmente en las primeras horas de su estancia en UCI. Los familiares padecen en muchos casos una de las peores situaciones de su vida, por su angustia, su miedo y muy frecuentemente por la incomprensión y desconocimiento de lo que trata el proceso que afecta a su familiar, de lo que es una UCI y de las actuaciones que se pueden seguir allí.
Por ello, la enfermería en Intensivos no solo debe proceder a un simple acompañamiento familiar sino también a ayudar a proporcionar una información adecuada, en cantidad, pero sobre todo, haciéndola comprensible en relación con todos los aspectos relacionados con la patología que motiva el ingreso en UCI.
Por eso, además de las explicaciones verbales, consideramos pertinente entregar un tríptico informativo recalcando la información más relevante en relación con su proceso, de manera básica, esquemática y visual para que la familia pueda comprenderlo mejor y consultar en caso de duda.
Sin duda, una adecuada información inicial logrará reducir el nivel de ansiedad-estrés de los familiares ayudando a comprender el proceso asistencial en todo su recorrido.

RESULTADOS ESPERADOS
- Facilitar la transmisión de la información reforzando con un tríptico la información dada de manera clara y visual para resaltar los aspectos más importantes en relación con complicaciones y riesgos inherentes a un paciente quemado.
- Disminuir el nivel de ansiedad-estrés de la familia relacionado con falta de información.

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo y diseño de proyecto.
- Definir la población diana según diagnóstico al ingreso a la que se facilita la información.
- Definición de un formato estándar de información consensuada por la unidad que contenga información verídica, gráfica y al mismo tiempo muy sencilla y comprensible.
- Entrega del documento.
- Valoración de indicador.
- Propuestas de mejora.

INDICADORES
- INDICADOR. Porcentaje de familiares de pacientes grandes-quemados a los que se les entrega el díptico correspondiente.
- ESTANDAR. >80%. Evaluación anualmente.
- Adicionalmente, de forma paralela, valoraremos indirectamente la satisfacción de los familiares con esta actuación a través de las encuestas que habitualmente se entregan a todos los familiares de nuestros pacientes.

DURACIÓN
1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora
• Abril
2. Identificación de la información pertinente a incluir en el tríptico informativo
• De abril a julio
3. Elaboración del tríptico de información al familiar del paciente quemado
• De abril a julio
4. Entrega de información
• De julio a noviembre
5. Valoración inicial de indicadores. Propuestas de mejora
• Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1203

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE GRAN QUEMADO INGRESADO EN UCI

```
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 - 2019/1219

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U. MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PABLO MARTINEZ CRESPO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES GINES LAURA
MARTINEZ PELLICER ANA ISABEL
APARICIO JUEZ CAROLINA
MORON MORENO RAQUEL
GARRIDO VILLANUEVA ANA
MARTINEZ DEARTH REBECA
GARCES FERRANDO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora (Abril 2019)
- Identificación de la información pertinente (Abril-Mayo 2019)
- Elaboración de tríptico (Junio - Julio 2019)
gráfica y al mismo tiempo comprensible para entregarlo a los familiares de los ingresados.
- Entrega del documento (Julio - Noviembre 2019)
- Valoración inicial de indicadores (Noviembre 2019)
- Propuestas de mejora (Noviembre 2019)
- Evaluación final (Diciembre 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado una revisión bibliográfica de publicaciones científicas recientes y protocolos actualizados de otros centros hospitalarios, extrayendo la información más adecuada para la elaboración de un tríptico informativo para las familias del paciente ingresado en UCI con diagnóstico de Hemorragia Subaraccnoidea (HSA)
Se elaboro un primer borrador que fue revisado por el jefe de la UCI de Traumatología y supervisado su seguimiento por la supervisora de la unidad.
Una vez realizadas las correciones y modificaciones pertinentes, se obtuvo una versión definitiva y se imprimieron varios ejemplares para entregar a la familia del paciente diagnosticado de HSA en el momento del ingreso
El indicador marcado ha sido el porcentaje de familias de pacientes diagnosticados de HSA e ingresados en UCI Traumatología, a las que se les ha entregado el tríptico informativo y como resultado observamos que se ha cumplido el objetivo prefijado desde su inicio de >80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La conclusión principal que hemos encontrado es que la familia tiene un papel fundamental en la recuperación de los enfermos hospitalizados en el servicio de UCI. Además un ambiente sosegado y tranquilo ayuda en el proceso de cuidado.
Entendemos que es un requisito indispensable que las familias reciban una buena información. Es por ello que se ha elaborado este tríptico sobre los aspectos generales realcionados con la propia enfermedad y del ingreso de su familiar en el Servicio de UCI.
En conclusión, ha quedado constancia, a través de las encuestas, que si queremos una visión integral del paciente, debemos establecer una buena relación con la familia y que es posible con una comunicación e información correcta y fluida, y de esta forma, reducimos los estados de angustia, estrés y depresión que esta situación les genera.
Observamos pues, una mayor satisfacción de la familia en cuanto a la información recibida y una disminución de su nivel de estrés y ansiedad, en el momento del ingreso y durante el ingreso en UCI del paciente, al verse reforzada la información verbal con el apoyo de la información escrita a través del tríptico.
Viendo los buenos resultados obtenidos, seguiremos ofreciendo dicha información y seguiremos valorando su impacto en las familias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1219 ========== ***

Nº de registro: 1219

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1219

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U. MIGUEL SERVET

MEJORA DE LA INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U. MIGUEL SERVET

Autores:
MARTINEZ CRESPO PABLO, ANDRES GINES LAURA, MARTINEZ PELLICER ANA ISABEL, APARICIO JUEZ CAROLINA, MORON MORENO RAQUEL, GARRIDO VILLANUEVA ANA, MARTINEZ DEARTH REBECA, GARCES FERRANDO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Hemorragia Subaracnoidea (HSA) es una emergencia neurológica muy grave, representa el 5% de los ictus, afecta a población de todas las edades y requiere la coordinación de diferentes especialistas para su adecuado abordaje. El objetivo de este documento es ayudar al diagnóstico y manejo de dicha patología. Además, nuestro centro actúa desde hace años de hecho como hospital de referencia para dicha patología, asumiendo el ingreso y tratamiento de la gran mayoría de los casos de la Comunidad dado que en nuestro centro dispone de los profesionales y de los medios para tratarlos, y además con una casuística y una gran experiencia.

La UCI es el servicio de referencia del porcentaje mayor de estos pacientes, especialmente de los más graves en términos de mayor afectación neurológica o radiológica.

Se trata de una urgencia vital y se caracteriza por una alta morbi-mortalidad, afectando en muchas ocasiones a personas jóvenes, previamente sanas y completamente independientes. De ello se desprende que tengan un mayor impacto sus consecuencias en la vida de estos pacientes en términos de secuelas, afectación a la vida laboral, familiar, etc.

Esta gravedad junto con la necesidad casi habitual de procedimientos neurorradiológicos y neuroquirúrgicos provoca situaciones de extrema ansiedad en los familiares agravada, en nuestra opinión, por la incomprensión de lo que supone esta patología y de los procedimientos que se van a seguir dentro y fuera de UCI.

Creemos que la enfermería de Medicina Intensiva debe de prestar sus cuidados tanto al enfermo ingresado como a los familiares y allegados del mismo, especialmente en las primeras horas de su estancia en UCI donde la angustia, los miedos y la incertidumbre de no saber qué va a pasar se unen a la incomprensión y el desconocimiento de la patología, los términos médicos y de las posibles secuelas de la enfermedad.

Las actuaciones asistenciales deben ir acompañadas de una adecuada información a los familiares en cantidad y haciéndola comprensible. Consideramos que la realización de un tríptico informativo que esquematice con la información más relevante de esta patología, de manera básica, esquemática y visual puede servir de gran ayuda y reducir el nivel de ansiedad-estrés de los familiares.

RESULTADOS ESPERADOS
- Complementar la información médica que se le da a las familias mediante un tríptico, para que queden resaltados de manera clara y visual los aspectos más importantes de esta patología: complicaciones y riesgos, actuaciones que se van a seguir, etc.
- Disminuir el nivel de ansiedad-estrés de la familia relacionado con la falta de información, mejorando ésta.

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Definir la población diana a la que se le va a facilita la información según diagnóstico (HSA) al ingreso en la unidad.
- Definición de un formato estándar de información, consensuada por la unidad, que contenga información verídica, gráfica y al mismo tiempo comprensible para entregarlo a los familiares de los ingresados.
- Entrega del documento
- Valoración de indicador
- Propuestas de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1219

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U. MIGUEL SERVET

INDICADORES
INDICADOR: Porcentaje de familiares de pacientes diagnosticados de HSA a los que se les entrega el tríptico correspondiente.
ESTANDAR > 80%. Evaluación anual.
- Adicionalmente de forma paralela, valoraremos indirectamente la satisfacción de los familiares con esta actuación a través de las encuestas que habitualmente se entregan a todos los familiares de nuestros pacientes

DURACIÓN
- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora: abril 2019
- Identificación de la información pertinente a incluir en el tríptico informativo: abril-julio 2019
- Elaboración del tríptico de información al familiar del paciente con Ictus: abril-julio 2019
- Entrega de información: julio-noviembre 2019
- Valoración inicial de indicadores. Propuestas de mejora: 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 - 2019/1244

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE SEPTICO INGRESADO EN UCI

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CASAUS MARGELI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BADIA ROMANO ELENA
MARTINEZ DEARTH REBECA
GUERRERO TRENADO ELISA
GARCES FERRANDO CARMEN
ANDRES GOMEZ NOELIA
LAVIÑA LARDIES BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Definición del grupo de trabajo (abril 19)
-Diseño del proyecto de mejora(abril 19)
-Identificación de la información necesaria (abril - junio19)
-Elaboración del tríptico (junio-julio 19)
-Entrega de la información (julio - diciembre 19)
-Valoración inicial de indicadores (noviembre 19)
-Propuestas de mejora (noviembre 19)
-Evaluación final(diciembre 19)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Después de revisar protocolos actualizados y publicaciones científicas se han esbozado y delimitado los aspectos más importantes para preparar un tríptico informativo para los familiares de pacientes sépticos ingresados en uci. Tras varias reuniones se elaboró un primer borrador que fue revisado por el jefe de servicio de uci de traumatología y realizado un seguimiento por la supervisora de la unidad. Tras las modificaciones pertinentes en el mismo; se consiguió la versión definitiva que se imprimió para entregar a las familias de dichos pacientes al ingreso.
El indicador marcado ha sido el porcentaje de familias de pacientes con sepsis que reciben el tríptico, se ha obtenido el estándar prefijado desde el inicio de >80%.
El número de casos registrados ha sido bajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el periodo de entrega de la información y con apoyo de la encuesta del servicio de valoración general, se ha podido corroborar una mayor satisfacción en los familiares del paciente debido al aumento de información dada, antes sólo oral por parte del facultativo y actualmente con la entrega extra del tríptico, al que pueden recurrir tras los difíciles momentos iniciales.
Debido a que en el periodo de realización del proyecto hemos tenido un reducido número de casos, seguimos entregando y evaluando la respuesta e impacto que genera.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1244 ========== ***

Nº de registro: 1244

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE SEPTICO INGRESADO EN UCI

Autores:
CASAUS MARGELI MARIA ANGELES, BADIA ROMANO ELENA, MARTINEZ DEARTH REBECA, GUERRERO TRENADO ELISA, GARCES FERRANDO CARMEN, ANDRES GOMEZ NOELIA, LAVIÑA LARDIES BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SEPTICEMIA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1244

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE SEPTICO INGRESADO EN UCI

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sepsis, en relación con cualquiera de sus focos es un motivo de ingreso frecuente en UCI. La podemos definir como una disfunción orgánica que amenaza la vida por una respuesta descontrolada a una grave infección.
En sus casos más severos provoca un fallo orgánico agudo y/o shock y finalmente muerte. Por otro lado es también una de las complicaciones asociadas a la asistencia en UCI de la mano de las infecciones nosocomiales intra-UCI.

El equipo sanitario de la UCI intenta tratar la infección, mantener o suplir el funcionamiento de los órganos vitales y estabilizar la situación hemodinámica.

El papel de la enfermería en UCI es clave en el manejo del paciente, en la administración de fármacos y manejo de dispositivos técnicos asociados para su monitorización y tratamiento, en una vigilancia activa de cualquier signo o síntoma significativo. Y también en la atención de la familia del paciente ingresado, especialmente en un primer momento.

La familia obviamente vive la enfermedad de su familiar, su gravedad y su ingreso en UCI con gran ansiedad en gran parte debido al desconocimiento e incomprensión de lo que supone su enfermedad y de los procedimientos que se van a seguir.

Por este motivo creemos que es beneficioso y necesario proporcionar información adecuada, esquemática y visual a las familias que les ayuden en la comprensión de todo ello y disminuya en parte su ansiedad.

RESULTADOS ESPERADOS
-Proveer a la familia de conocimientos e información sobre el proceso que está padeciendo su familiar o allegado de manera sencilla y gráfica a través de un tríptico.
-Disminuir, secundariamente, la ansiedad asociada al desconocimiento de todo lo relacionado.

MÉTODO
-Definición del grupo de trabajo y diseño de proyecto

-Definir la población diana según diagnostico al ingreso a la que se facilita la información.

-Definición de un formato estándar de información consensuada por la unidad que contenga información verídica, gráfica y al mismo tiempo comprensible.

-Entrega del documento

-Valoración de indicador

-Propuestas de mejora

INDICADORES
-INDICADOR: Porcentaje de familiares de pacientes con diagnóstico de sepsis a los que se les entrega el tríptico correspondiente.

-ESTANDAR: >80%. Evaluación anual.

-Adicionalmente de forma paralela, valoraremos indirectamente la satisfacción de los familiares con esta actuación a través de las encuestas que habitualmente se entregan a todos los familiares de nuestros pacientes.

DURACIÓN
CRONOGRAMA 2019
- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora: abril.
-Identificación de la información pertinente a incluir en el tríptico informativo: abril a julio.
- Elaboración del tríptico de información al familiar del paciente séptico: abril a julio.
-Entrega de información: julio a noviembre.
-Valoración inicial de indicadores: diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1244

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE SEPTICO INGRESADO EN UCI

```
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 - 2019/0743

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 02/02/2020

2. RESPONSABLE ..... TRINIDAD PIQUER GOMEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI CORONARIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE DE VERA BELLOSTAS MARIA BELEN
ALVAREZ OTAZU ROBERTO MANUEL
ESTEBAN ESCOLANO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Primer semestre
Durante los meses de marzo y abril de 2019, los supervisores de las cuatro unidades del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Miguel Servet: UCI Coronarias, UCI Post-operatorio Cardiaco, UCI Polivalente y UCI Traumatología y Grandes Quemados, se reunieron para el diseño de un plan de formación de las competencias enfermeras y del personal TCAE, necesarias para el cuidado del paciente critico.
Se identificaron:
• Contenidos formativos: Qué conocimientos teóricos y prácticos se deberían impartir para adquirir las capacidades suficientes para el cuidado del paciente crítico, una vez detectadas las necesidades de formación.
Para enfermeras:
? Identificación de los conocimientos sobre el enfermo crítico relacionados con los cuidados y sus fundamentos fisiopatológicos.
? Cuidados que requieren las tecnologías propias de la UCI:
a. Técnicas de Monitorización en el Paciente crítico.
b. Electrocardiografía básica y RCP básica
c. Manejo de los dispositivos de Soporte respiratorio
d. Manejo de fármacos de utilización compleja.
e. Valoración al ingreso del enfermo crítico y control de post- operatorios quirúrgicos o traumatológicas que requieren ingreso en la UCI.
f. Manejo avanzado de los procesos informáticos de la UCI.

Para TCAE:
a. Montaje de BOX en UCI.
b. Funciones propia del personal TCAE en UCI:
- Higiene y movilización del paciente crítico.
- Limpieza y desinfección de material en UCI.
- Montaje y limpieza de aparataje habitual en UCI.
- Técnicas de almacenaje y reposición de material en UCI: Sistema Kanban.
• Población destinataria: Personal de enfermería (enfermeras y TCAE), de nueva incorporación en UCI.
• Cronograma: Se determinó en qué período del año se producen más incorporaciones de plantilla nueva para su organizar su asistencia a las actividades formativas.
Principalmente los periodos vacacionales, en junio y diciembre, junto con otros periodos de incorporación de personal por traslados, procesos selectivos…
• Duración: Qué duración máxima deberían tener las sesiones. Teniendo en cuenta la turnicidad de todo el personal, formadores y alumnos, se decidió una duración de tres horas.
• Jornada: Qué horario sería el más adecuado teniendo en cuenta las características de la plantilla: turnos rotatorios.
Las sesiones serían en horario de mañanas: 11,30-14,30 horas
• Docentes: enfermeras y TCAEs, con experiencia asistencial y docente en UCI, que estuvieran dispuesta a participar en el programa de formación.
• Lugar de las sesiones: El aula del Servicio de Medicina Intensiva del HUMS, que dispone de medios audiovisuales y que por su ubicación en el mismo servicio, facilitaría el trasporte del aparataje necesario para la formación: Carro de RCP, sistemas de soporte respiratorio, monitorización…
• Difusión de la oferta formativa al personal de nueva incorporación: Los supervisores de enfermería de cada unidad, serian los encargados de trasmitir la información pertinente, mediante carteles en la unidad, telefónicamente o vía email. Así mismo, se intentaría dentro de lo posible, adaptar los turnos de trabajo para facilitar el acceso a dichas sesiones.

En el mes de mayo de 2019, una vez seleccionados los docentes, la responsable de la línea de mejora realizó una reunión con dicho personal para consensuar y detallar los contenidos de cada una de las sesiones.
Una vez organizadas las sesiones, para evaluar el desarrollo del plan y los resultados de las acciones de formación, se elaboró la Encuesta de Satisfacción con el programa de acogida realizado en el Servicio de Medicina Intensiva, dirigida a los profesionales de nueva incorporación.
La Encuesta de Satisfacción consta de cinco preguntas:
- 4 preguntas cerradas, cuya valoración oscila entre 1, poco adecuada y 5, muy adecuada.
- 1 pregunta abierta, para darnos sugerencias sobre actividades formativas relacionadas con los cuidados de enfermería en UCI que les gustaría realizar,
Con esta encuesta se pretende medir el grado de adecuación entre objetivos y resultados formativos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0743

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

Segundo semestre
En el mes de Junio- Diciembre de 2019, se realizaron dos programas formativos coincidiendo con la contratación de personal para la cobertura de vacaciones y débitos horarios del personal de todas las unidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- El porcentaje de enfermeras que realizaron las sesiones formativas fue del 83%.
- El periodo formativo del personal TCAE, se realizó solamente en junio, el porcentaje de asistencia bajo a un 63%.

Los resultados de las encuestas, reflejan un alto grado de satisfacción con la formación recibida:
1. En cuanto a la valoración sobre las Sesiones de Enfermería del proceso de acogida al personal de nueva incorporación:
Un 94% le parecía muy adecuada (Puntuación:5), al 5,6% restante, su respuesta fue adecuada (Puntuación :4).
2. Respecto a la segunda pregunta: ¿los conocimientos adquiridos durante las diferentes sesiones serán útiles para tu desarrollo profesional?
Un 92% opinaba muy adecuada (Puntuación: 5), el 8% restante su respuesta fue adecuada (Puntuación: 4).
3. A la pregunta: ¿Consideras adecuada la duración de la actividad formativa?
Un 65% opinaba muy adecuada(Puntuación:5), al 35% restante opinaba que era adecuada(Puntuación :4).
4. En cuanto a la valoración sobre la capacidad de los docentes para transmitir los conocimientos : el 99% dieron la puntuación máxima.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La formación al personal de nueva incorporación en las unidades de pacientes criticos ayuda a desarrollar las competencias profesionales para llevar a término de forma eficaz las funciones propias del puesto de trabajo contribuyendo, de esta manera, a conseguir los objetivos organizativos y estratégicos, así como la mejora en el servicio de atención al paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/743 ========== ***

Nº de registro: 0743

Título
PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

Autores:
PIQUER GOMEZ TRINIDAD, VICENTE DE VERA BELLOSTAS MARIA BELEN, ESTEBAN ESCOLANO SARA MARIA, ALVAREZ OTAZU ROBERTO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LAS UNIDADES DE CRITICOS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA COMPETENCIAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los planes de acogida a personal de nueva incorporación se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos.
En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral y a la integración en el equipo, a la par que sirven como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.
Dentro de los planes de acogida, las necesidades de formación se deben de llevar a cabo con un método liderado por los responsables de formación pero basado en la detección de las dificultades y /o problemas que los responsables asistenciales, junto con sus equipos profesionales detectan en sus servicios / unidades y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0743

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

que son prioritarios para mejorar o solucionar esas necesidades formativas.
La enfermería de cuidados intensivos desarrolla su actividad en un entorno sumamente dinámico y cambiante, caracterizado por la aparición de nuevas tecnologías asistenciales que modifican profundamente sus puestos de trabajo, la formación en los diferentes cuidados, procedimiento habituales y de nueva implantación va a contribuir de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo y la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización.

RESULTADOS ESPERADOS
•Proporcionar a los nuevos profesionales de enfermería de cuidados intensivos la formación necesaria para desarrollar sus funciones en el cuidado del paciente crítico.
•Proporcionar información sobre el manejo de las tecnologías necesarias para cuidado y tratamiento del paciente crítico
•Reducir el estrés que supone para las enfermeras el incorporarse a las unidades de intensivos facilitando la integración en el equipo asistencial.

MÉTODO
• Elaboración de un curso de formación para el personal de nueva incorporación en las Unidades de Cuidados Intensivos.
• Identificación de los conocimientos sobre el enfermo crítico relacionados con los cuidados y sus fundamentos fisiopatológicos.
• Cuidados que requieren las tecnologías propias de la UCI:
? Valoración al ingreso del enfermo crítico y control de post operatorios quirúrgicos o traumatológicas que requieren ingreso en la UCI.
? Manejo de los dispositivos de Soporte respiratorio
? Manejo de fármacos de utilización compleja.
? Manejo avanzado informática adecuada a la UCI
? Técnicas de Monitorización en el Paciente crítico.
? Electrocardiografía básica y RCP básica.

INDICADORES
1. Elaboración del programa de acogida para el personal de nueva incorporación.

2. Información de la oferta formativa al personal de nueva incorporación:
• El 90% de los profesionales realiza el programa de acogida.

3. Nº de sesiones realizadas.
• El 50%. Para este año se realizan el programa de acogida para el personal del enfermeriaque se incorpore antes del periodo vacacional.

4. Satisfacción de los profesionales de nueva incorporación con el programa de acogida recibida en el centro
• El 80% de los profesionales están satisfechos

DURACIÓN
1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
• Marzo 2019

2. Identificación de las áreas a trabajar en el programa de acogida.

• 1º semestre 2019

3. Definición de un formato estándar para la acogida del personal de enfermería de nueva incorporación.

• 1º semestre 2019

4. Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación en las unidades de cuidados intensivos

• Se valorará tras la realización del programa de acogida.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0743

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

```
Valoración de otros apartados
-----------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ............................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .................:

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0794

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICIÓN DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL H.U.M.S

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA BELEN VICENTE DE VERA BELLOSTAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ
LAVIÑA LARDIES BEATRIZ
GONZALEZ QUILEZ ELENA
GUERRERO TRENADO ELISA
AGUDO MOLERA RUT
BORJA VALIENTE PATRICIA
NADAL BARBERIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
OBJETIVO PRINCIPAL: Organizar un proceso óptimo de transición del paciente, que garantice la continuidad asistencial y contribuya a disminuir la ansiedad asociada al traslado, tanto en el paciente como en sus familiares, además de contribuir al incremento de la satisfacción del enfermo y su familia.
1.- DEFINICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO Y DISEÑO DEL PROYECTO:
Primer Semestre 2019:
Las supervisoras de enfermería de UCI Traumatología y Neurocirugía organizaron el grupo de trabajo con enfermeras y TCAEs pertenecientes mayoritariamente al Grupo de Calidad de ambos servicios.
Los objetivos de la primera reunión fueron:
1. Definición de la población diana:
- Este programa asistencial incluye a los pacientes de UCI con ingreso prolongado, considerado como tal una estancia en la unidad superior a 20 días, pacientes que por su evolución y complicaciones clínicas aumentan las cargas de trabajo del equipo de enfermería.
Su patología principal es neuroquirúrgica, TCE y pacientes con complicaciones neurológicas que requieran tratamiento quirúrgico.
2. Identificación de las necesidades de comunicación entre los dos servicios.
Se definieron las áreas a protocolarizar:
- Informe de continuidad de cuidados para el paciente de larga estancia en UCI para mejorar la comunicación entre los profesionales de UCI y los de la planta de hospitalización de Neurocirugía.
- Hoja de Información para los familiares del paciente critico de alta a planta de Neu-rocirugía, para fomentar la confianza de pacientes y familias en la continuidad de cuidados y disminuir la ansiedad asociada al traslado, además de contribuir al incremento de la satisfac-ción del enfermo y su familia.

Para facilitar la elaboración del informe de alta de enfermería para el personal de enfermería de UCI, y adecuarlo al sistema informático del Servicio de Medicina Intensiva, se elaboro un formato estándar de registros de enfermería en cuanto a Cuidados específicos, que incluye:
ESTADO RESPIRATORIO, CARDIOVASCULAR, NEUROLÓGICO, INGESTA NUTRICIÓN, ELIMINACIÓN, PIEL Y MUCOSAS, ACTIVIDAD/REPOSO, SEGURIDAD Y APOYO FAMILIAR.
Por parte del personal de enfermería del Servicio de Neurocirugía, se elaboró la Hoja de informa-ción al familiar del paciente en proceso de transición, para proporcionarles datos necesarios sobre esta área de hospitalización y facilitar el acompañamiento de la familia o personal de ayuda durante las siguientes fases del proceso asistencial.
La estancia prolongada en una unidad de cuidados intensivos puede provocar el riesgo de pro-ducirse el «fenómeno de la dependencia del equipo», cuyo sentimiento es directamente proporcional al tiempo de ingreso. Por todo ello, cuando el equipo médico de UCI, plantea la posibilidad de traslado del paciente al Servicio de Neurocirugía, es en estos días previos a la salida del paciente de la unidad de cuidados intensivos, cuando se hará entrega a los familiares del paciente de la hoja de información, por la supervisora de UCI y se ayudará a aclarar dudas que puedan surgirles.

2º semestre de 2019.
Una vez consensuados y elaborados los protocolos de actuación, la puesta en marcha del proyecto consistió en informar a todo el personal de enfermería de ambos servicios de los objetivos de esta línea de mejora, para lo cual se realizaron, por parte de las supervisoras de enfermería, sesiones informativas en cada unidad.
Así mismo en UCI, a petición del personal de enfermería de la unidad, se instaló una planilla del informe de continuidad de cuidados en cada ordenador, para facilitar su elaboración.
Una vez realizada la formación, para evaluar los objetivos planteados se procedió a confeccionar la encuesta de satisfacción dirigida tanto al personal de enfermería de Neurocirugía como al familiar del paciente.
En el mes de diciembre se realizó la evaluación de los resultados obtenidos a través de las en-cuestas de satisfacción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0794

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICIÓN DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL H.U.M.S

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Exceptuando dos enfermeras de noches fijas, la totalidad de las enfermeras de turno rotatorio (10) de la Planta de Neurocirugía contestaron la encuesta, cuya valoración oscila entre: 1, poco adecuada y 5 muy adecuada.
- A la pregunta: El informe de continuidad de cuidados en el paciente de larga estancia en UCI, ¿te resulta útil? : el 90% de la plantilla lo consideraba muy adecuada (Puntuación:5), el 10% restante adecuada (Puntuación:4) .
- El 100%, Considera que el informe de continuidad de cuidados facilita la comunicación entre la UCI y la Planta de Neurocirugía (Puntuación: 5)
- El 70 % opina Considera muy adecuada (5) y el 30 % (4) adecuada que la información previa sobre la Planta de Neurocirugía a los familiares del paciente de larga estancia en UCI, puede contribuir a disminuir la ansiedad del familiar relacionada con el cambio de entorno.
- En cuanto a la utilidad del nuevo informe de cuidados para el paciente de larga estancia en UCI, oscilaba entre muy adecuada (Puntuación: 5) 4 personas, 3 adecuada (Puntuación: 4) y una pun-tuació: 3, dos personas.
- No hubo sugerencias a la pregunta: Consideras que la información es insuficiente ¿Qué añadir-ías?.

En los días siguientes al traslado del paciente a la Planta de Neurocirugía, y una vez identificados los cuidadores principales, se realizó la encuesta de satisfacción cuyos resultados fueron:
El 100% recibió folleto informativo de la atención que iba a recibir en planta, así mismo les resultó útil al 100%, en cuanto a la información, 90% consideraba que la información dada se correspondía con la atención recibida posteriormente en la planta de hospitalización, el 90% considera que la información recibida era muy necesaria y por último, la totalidad de los familiares opinaba que dicha información había disminuido el estrés/ansiedad producido por el cambio de Unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo el equipo de mejora estuvo de acuerdo en considerar que este proyecto de mejora, promueve la seguridad del paciente al garantizar una mejor de comunicación entre los dos servicios.
La valoración integral del paciente neurocritico y de su famila es importante para su mejor adaptación a la planta de hospitalización.
Los cuidados de enfermería al paciente trasladado de UCI, no se ven afectados por el cambio de equipo asistencial.
El personal de enfermería está plenamente cualificado para atender la necesidad de información respecto a los cuidados que recibe el paciente, aunque la habitual sobrecarga de trabajo puede mermar el tiempo disponible para ello.
Las integrantes del grupo de mejora pertenecientes al equipo de enfermería de UCI, considera que el nuevo informe de cuidados, servirá de guía para la elaboración del informe de continuidad de cuidados de todos los pacientes de media/larga estancia, de alta a otras unidades de hospitalización.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/794 ========== ***

Nº de registro: 0794

Título
MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE PROFESIONALES DE ENFERMERIA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICION DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL H.U.MIGUEL SERVET

Autores:
VICENTE DE VERA BELLOSTAS MARIA BELEN, HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ, LAVIÑA LARDIES BEATRIZ, GONZALEZ QUILEZ ELENA, GUERRERO TRENADO ELISA, AGUDO MOLERA RUT, PATRICIA BORJA VALIENTE, NADAL BARBERIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes criticos de alta al area hospitaliría
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Calidad: continuidad de cuidados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0794

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICIÓN DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL H.U.M.S

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La planificación óptima del proceso de transición del paciente, desde una Unidad de Cuidados Intensivos a otra Unidad, se define como "el cuidado proporcionado antes, durante y después de la transición con el objetivo de asegurar la mínima interrupción posible y la continuidad en el cuidado del paciente".
Un proceso de transición adecuado contribuye al incremento de la satisfacción de los pacientes y familiares, la continuidad en el cuidado, la disminución de la estancia hospitalaria.
El informe de continuidad de cuidados estándar elaborado en Cuidados Intensivos contiene información relativa a datos de identificación del paciente, la enfermedad motivo de ingreso en la UCI, constantes vitales del paciente al alta de la UCI, medicación intravenosa (incluida nutrición parenteral), tolerancia gástrica (indicando si es portador de SNG y tipo de alimentación enteral), estado del cuidado de escaras o heridas, tipos de drenajes, fechas de inserción de vías e identificación del profesional que cumplimenta el informe.
Sin embargo, cuando la situación clínica del paciente requiere una larga estancia en UCI, es importante resaltar como uno de los factores determinantes del proceso de transición, la "comunicación" entre los miembros del equipo de UCI con el equipo del área de hospitalización al que va a ser trasladado. Esta comunicación debe abarcar diferentes aspectos: nivel de dependencia, de apoyo familiar, aspectos psicosociales, e implicación de otros profesionales en la recuperación del paciente: como fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, logopedia…
En este traspaso de información también se debe incluir las necesidades de los familiares del paciente, en diferentes estudios publicados en relación a este tema, se han identificado varias necesidades prioritarias: la "necesidad de información" y la "necesidad de reducir la ansiedad" relacionada con el cambio de entorno, la incertidumbre, el miedo a lo desconocido y la disminución de la monitorización.

RESULTADOS ESPERADOS
- Garantizar una continuidad asistencial a pacientes de larga estancia en UCI cuya situación clínica requiera una mayor comunicación entre el personal de enfermería de ambos servicios.

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Definir la población diana sobre la que se va realizar un seguimiento en la continuidad de cuidados UCI-Hospitalización.
- Definición de un formato estándar de continuidad de cuidados consensuado entre los profesionales de enfermería de UCI Traumatología y Planta de Neurocirugía del H.U.M.S.
- Definición de un formato estándar de información para los familiares del paciente durante el proceso de transición.
- Consenso y elaboración de los protocolos de actuación.

INDICADORES
1. Garantía de continuidad de cuidados con criterio de inclusión en el proyecto.
2. Definir la población diana a la que se realizara el seguimiento del proyecto de continuidad de cuidados. 100% de los criterios de inclusión están definidos.
3. Definir el proyecto de continuidad de cuidados.
4. Elaborar encuesta de satisfacción dirigida al personal de Neurocirugía.
5. Elaborar encuesta de satisfacción dirigida Familia/Paciente.

DURACIÓN
1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Marzo 2019.

2. Identificación de las necesidades de comunicación entre las dos servicios,áreas a protocolarizar en cada una de las consultas

- 1º semestre 2019

3. Elaboración de un folleto de información al familiar del paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0794

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICIÓN DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL H.U.M.S

- 1º semestre 2019

4. Consenso y elaboración de los protocolos de actuación.

- 2º semestre 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 - 2019/1050

1. TÍTULO

APRENDE DE LAS MEJORES: TUTORIZACION DE NUEVAS INCORPORACIONES EN EL AREA DE ENFERMERIA POR PARTE DE PROFESIONALES DE RECIENTE JUBILACION

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... GUSTAVO PADILLA ARAGÜES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI NEONATAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUERTES ARAGÜES MARIA ELENA
LARENA FERNANDEZ ISRAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PRESENTACIÓN
La jubilación de profesionales de Enfermería con amplio bagaje en sus respectivas unidades produce, con frecuencia, una pérdida de conocimientos y de habilidades técnicas que al personal de nueva incorporación le resulta complicado de suplir. Además, en unidades de alta complejidad y con una plantilla no especialmente extensa, esta circunstancia conlleva una sobrecarga para el personal experto al tener que asumir, simultáneamente, funciones asistenciales y docentes.

Desde el área de competencia de esta Supervisión, gestión de personal tanto de la Unidad de Cuidados Críticos Pediátricos (UCI-P) como de la Unidad de Cuidados Críticos Neonatales (UCI-N), se trasladó a Dirección la idea de poder reclutar a profesionales (Enfermeras y TCAE) de reciente jubilación para tutorizar al personal de nueva incorporación. Una medida a “coste 0” y que dependía de la voluntad e implicación institucional de las profesionales ya retiradas. Tras su visto bueno se puso en marcha este proyecto, incluido en Contrato de Gestión 2019.

METODOLOGÍA
• En la fase de RECLUTAMIENTO se contactó con las profesionales más recientemente jubiladas: 4 Enfermeras y 2 TCAE, a fin de explicar el proyecto, escuchar sus aportaciones y definir objetivos.
• En la fase de PLANIFICACIÓN se diseñó un programa formativo que abarca las competencias prioritarias en las que las nuevas profesionales deben ser formadas. A su vez, fue fijado el personal diana de esta actividad: Enfermeras y TCAE contratadas para cobertura de vacaciones estivales del año 2019.
• En la fase de IMPLEMENTACIÓN se llevó a cabo la tutorización, con soporte continuo de esta Supervisión.
• En la fase de EVALUACIÓN se midió mediante encuesta la satisfacción de las profesionales tutorizadas, así como las impresiones y sugerencias del personal formador mediante entrevista personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS
Tras varios contactos realizados, UNA ENFERMERA jubilada aceptó formar parte del proyecto, mostrando ilusión por la posibilidad de preservar parte del conocimiento que posee y participando activamente tanto en el posible cronograma y en el programa teórico-práctico a impartir.
Las 2 profesionales de Enfermería que comenzaban a trabajar en Junio/2019 y que no contaban con experiencia previa en nuestra unidad, fueron tutorizadas por nuestra enfermera jubilada, mediante el soporte formativo planificado, en 4 áreas:
• Introducción al paciente crítico pediátrico y empleo de gráfica específica
• Actuación ante emergencias: carro de parada, desfibrilación y medicación de urgencia. Diluciones de fármacos.
• Atención integral al paciente postquirúrgico cardiovascular
• Atención integral al paciente postquirúrgico neurológico
Cabe decir que esta formación fue realizada fuera de la jornada laboral, a fin de no dificultar la labor asistencial del personal de la unidad.

Al finalizar su relación contractual con nosotros, las enfermeras tutorizadas cumplimentaron una encuesta de satisfacción (5 preguntas, tipo Likert, con opción de añadir comentarios): ambas califican como “muy útil para su labor profesional” el hecho de haber participado en el proyecto junto a la profesional jubilada. Además se constata una disminución del estrés que se produce al empezar a trabajar en una unidad altamente especializada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES
1. El hecho de contar con una profesional experta que, sin carga asistencial, tutorice en el inicio al personal que se incorpora a nuestras unidades y que no poseen experiencia previa, ha puesto en evidencia las fortalezas de este proyecto:
a. Disminución de la ansiedad que produce empezar en una unidad de alta complejidad.
b. Capacidad de ejercer el trabajo habitual con menor dependencia del resto de compañeras.
c. Transferencia de conocimiento que, de otra manera, sería perdido.
d. Disminución relativa en la carga de trabajo del resto de profesionales, que suelen tener que realizar tareas asistenciales a la vez que docentes.
e. Mínimo coste para la institución.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1050

1. TÍTULO

APRENDE DE LAS MEJORES: TUTORIZACION DE NUEVAS INCORPORACIONES EN EL AREA DE ENFERMERIA POR PARTE DE PROFESIONALES DE RECIENTE JUBILACION

2. Pero también encontramos debilidades. Y amenazas. El reclutamiento de profesionales jubiladas no está exento de dificultades. Pese a disponer de 6 personas con una fecha de jubilación y condiciones físicas y mentales apropiadas para desempeñar la tarea sólo una de ellas accedió a realizar el programa. En cuanto a las dificultades planteadas:
a. NO DISPONIBILIDAD temporal. La fecha de comienzo del personal contratado condiciona el margen temporal para realizarlo.
b. Es muy significativo que el 50% de las profesionales contactadas expresen que no van a participar porque tienen la sensación de “explotación” institucional hacia ellas. Coincide con que son profesionales que consideran que la institución no se ha preocupado por ellas durante su vida laboral, han tenido sobrecarga asistencial en numerosas ocasiones sin compensación de ningún tipo (no ya económica, sino de necesidades formativas, gestión de personal localizado, aumento importante del número de personal con reducción de jornada, ratios enfermera/TCAE – paciente) y por ello muestran un DESALINEAMIENTO con los objetivos de la institución, muy a tener en cuenta.
c. Puede existir una ALTA VARIABILIDAD en el número de profesionales jubiladas de un año para otro, así como de la percepción subjetiva del proyecto y la voluntad de llevarlo a cabo.

Expuesto esto, desde esta Supervisión se aboga por la NO INCLUSIÓN en próximos Contratos de Gestión de un programa como el aquí planteado. El alcance de los puntos fuertes logrados no compensa la INCERTIDUMBRE de las debilidades que presenta. Recalcar que la desmotivación expresada por parte de las profesionales sondeadas debe ser tenida en cuenta como AMENAZA para futuros proyectos que avancen en esta dirección.
Sin embargo, el hecho de no quedar incluido en los acuerdos de gestión no implica que no exploremos la opción de programar una nueva tutorización para el periodo estival de 2020, dado que, pese al alcance parcial, se han obtenido unos buenos resultados a través de una intervención de estas características.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1050 ========== ***

Nº de registro: 1050

Título
APRENDE DE LAS MEJORES: TUTORIZACION DE NUEVAS INCORPORACIONES EN EL AREA DE ENFERMERIA POR PARTE DE PROFESIONALES DE RECIENTE JUBILACION

Autores:
PADILLA ARAGÜES GUSTAVO, FUERTES ARAGÜES ELENA, LARENA FERNANDEZ ISRAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dirigido, en primera instancia, a la prestación de cuidados en edad pediátrica y neonatal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La llegada del periodo estival vuelve a traer a las unidades de trabajo especializado personal que no reúne los requisitos competenciales ideales para llevar a cabo un trabajo de Enfermería que cumpla los estándares de calidad y seguridad que consideramos óptimos. Esta situación genera un estrés adicional en el personal estable de plantilla, teniendo que asumir más cuidados especializados y la formación "in situ" del personal de cobertura estival. Enlazando con el lema "Personas para personas", que define la labor de esta Dirección, consideramos que sería de gran utilidad la aportación que las profesionales recién jubiladas, y aún con buena motivación, pueden aportar con la tutorización de las nuevas profesionales durante los primeros días de su etapa en nuestras unidades.

RESULTADOS ESPERADOS
- Formación cualificada a personal de nueva incorporación
- Disminución del estrés en la plantilla estable de las unidades
- Impulso a los cuidados especializados de calidad
- Aumento de la seguridad en la prestación de cuidados en nuestras unidades
- Aprovechamiento del conocimiento acumulado, evitando su pérdida tras la jubilación de nuestras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1050

1. TÍTULO

APRENDE DE LAS MEJORES: TUTORIZACION DE NUEVAS INCORPORACIONES EN EL AREA DE ENFERMERIA POR PARTE DE PROFESIONALES DE RECIENTE JUBILACION

profesionales

MÉTODO
- Tutorización tanto de Enfermeras como de TCAE en los primeros días de su relación profesional en las unidades, a cargo de las profesionales de reciente jubilación que mantengan el interés y la motivación adecuadas
- Programa dirigido tanto a orientar en cuidados y técnicas "in situ" como a realizar talleres con casos prácticos (montaje de equipos de Ventilación Asistida, diluciones especiales de fármacos...)
- Reunión previa a la llegada del personal nuevo con las profesionales voluntarias para establecer horarios, turnos y dinámicas a seguir desde el primer día

INDICADORES
- Nivel se satisfacción del personal de nueva incorporación, medido mediante encuesta (estándar de "muy satisfecho" > 80%)
- Nivel de satisfacción del personal estable de la unidad, medido mediante encuesta y entrevista personal, una vez observado el aprovechamiento al finalizar el periodo de tutorización (estándar de "muy satisfecho" > 80%)
- Disminución de errores registrados al finalizar el periodo estival comparando con los años anteriores

DURACIÓN
- Inicio a 1 de Junio/19, coinciendo con el inicio de la contratación estival
- Plan inicial de 5 días de formación, adaptable según los turnos de trabajo asignados
- Inicio escalonado en dependencia de diferentes fechas de inicio de contratos (15 de Junio, 1 de Julio)
- Evaluación a las nuevas profesionales a la semana de su tutorización
- Evaluación con encuesta a la plantilla al mes de la tutorización, a fin de poder observar resultados
- Evaluación de errores registrados al finalizar el periodo estival

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 - 2019/1306

1. TÍTULO

MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELISA CIVITANI MONZON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE DIABETES PEDIATRICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO ABELLA MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas tienen como base el programa estructurado del proceso formativo de los protocolos de consenso de la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP). Para su realización se estableció el siguiente programa:

FASE 1:
-Durante el mes de abril se elaboraron los cuestionarios pre y post test para valorar los conocimientos generales sobre diabetes, y otro más exclusivamente sobre Terapia ISCI de 10 ítems. Al no encontrar cuestionarios validados para nuestra población diana, se optó por elaborarlos en la Unidad.
-Se elaboró el contenido teórico de las 2 primeras sesiones y su apoyo visual con proyección de imágenes en powerpoint. Elaborado exclusivamente para estas sesiones.
Esta fase se realizó en menos tiempo del previsto, lo que facilitó empezar la siguiente fase 1 mes antes.

FASE 2:
En el mes de mayo se inició el programa, a partir de este momento cada mes se citó a un máximo de 2 familias para entrar en el programa ISCI. Los pacientes incluidos en este programa cumplieron con los requisitos establecidos en las instrucciones del Gobierno de Aragón.

Las actividades siguieron el siguiente programa:

1ª semana (Sesión 1 y 2)

SESIÓN 1: Sesión teórica impartida por la educadora de aproximadamente 2h. Versó sobre aspectos relacionados con “Conocimientos de nivel avanzado”. Previo a su inicio, se distribuyó un cuestionario de 10 ítems sobre conocimientos de la diabetes. Lo respondieron ambos padres y si el paciente era mayor de 10 años de forma individualizada. Se utilizó presentación de Powerpoint elaborada específicamente para este proyecto.
SESIÓN 2: Sesión teórica impartida 1-2 días después de la primera, el contenido es específico de la “Terapia con sistema ISCI”. Impartida por la educadora, de unas 2h de duración y con apoyo visual de la presentación en Powerpoint.

2ª semana (Sesión 3 y 4):

SESIÓN 3: Impartida por la educadora sobre el “Manejo e implantación sistema ISCI”. Los endocrinos pediátricos son los encargados de pautar la dosis de insulina y se programa de forma conjunta. Duración aproximada 2h
SESIÓN 4: Sesión práctica que tiene lugar 3 días después de la anterior, para realizar el “1º cambio de catéter” junto a educadora y endocrinos pediátricos. Duración aproximada 1h
Al finalizar las sesiones, se volvió a pasar el mismo cuestionario de conocimientos de diabetes y otro distinto de 10 ítems específico sobre la terapia ISCI

Tras esta sesión, se realiza seguimiento (telefónico y vía correo electrónico de la unidad de diabetes), al día siguiente del inicio de la Terapia ISCI durante 2-3 días para ajuste de dosis y resolución de dudas.

En la 3ª semana, se programa visita presencial conjunta pediatra y educadora para continuar con el ajuste de dosis, afianzamiento de conocimientos y resolución de dudas. duración de unos 30 min.
En la 4ª semana del mes se programa otra visita presencial conjunta, de unos 30 minutos de duración. A partir de este momento, el seguimiento se realizará en función de las necesidades de la familia hasta que consigan suficiente autonomía. Posteriormente, entrarán en el programa de seguimiento trimestral de la Terapia ISCI

FASE 3:
En el mes de noviembre se evaluaron las encuestas. 10 familias participaron en el proyecto.

FASE 4 : En el mes de diciembre, se replantearon diversas mejoras que se señalan en el punto 7.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todas las familias contestaron los cuestionarios. Consideramos asimilados los conceptos con una puntuación en ambos test de 7 ítems correctos en cada uno de ellos al menos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1306

1. TÍTULO

MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

Todos obtuvieron una puntuación mayor a 7, por lo que el estándar alcanzado fue del 100%

PORCENTAJE DE NIÑOS PORTADORES DE SISTEMA ISCI

Área relevante: Continuidad de cuidados
Dimensión: Efectividad
Tipo de indicador: Proceso
Objetivo/justificación: Valorar la asimilación de conceptos transmitidos en las sesiones de la educadora en diabetes para implantar el sistema ISCI
Fórmula :
Nº niños y/o cuidador principal con ISCI que reciben ETD y han asimilado conceptos esenciales (10) x100/
Nº niños con diabetes portadores de ISCI que reciben ETD (10) = 100%

Explicación de términos: Se entiende por ISCI, los sistemas de infusión subcutánea continua de insulina
Estándar: 90%. ESTÁNDAR ALCANZADO 100%
Fuente de datos: Corte semestral en unidad de diabetes
Población: Niños con diabetes y sus cuidadores principales
Responsable de la obtención: Enfermera educadora en diabetes pediátrica
Periodicidad de obtención: Semestral
Observaciones: Se medirá la asimilación de conceptos al finalizar las sesiones de ETD de ISCI con cuestionario

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El primer cuestionario sobre conocimientos generales refleja un alto conocimiento tanto por parte de los padres como de los niños.
El segundo cuestionario tiene un mayor número de fallos, y suelen coincidir en las mismas preguntas, lo cual nos hace plantearnos modificar la forma de transmitir esos conocimientos en la parte teórica de la segunda sesión para que queden afianzados.
Deberíamos pasar el segundo cuestionario al mes de iniciar la terapia con ISCI, para valorar los conocimientos específicos de este nuevo tratamiento para los pacientes y sus familias.
Este sistema de trabajo estructurado resulta útil para profesionales y familias, ya que permite organizar la información, establecer tiempos y evaluar el programa. Por este motivo se decide implantarlo dentro de la Unidad de forma sistemática.
Debido al rápido avance de estas nuevas tecnologías y a los nuevos dispositivos financiados por el Gobierno de Aragón, decidimos aumentar en 2 sesiones más el programa: “Inserción de sensor de monitorización de glucosa” y “descarga de datos en plataforma software e interpretación” durante el año 2020.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1306 ========== ***

Nº de registro: 1306

Título
MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

Autores:
CIVITANI MONZON ELISA, RUBIO ABELLA MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1306

1. TÍTULO

MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere un autocuidado las 24 horas del día. La atención al niño con diabetes persigue dos objetivos principalmente: mejorar el control glucémico y ayudar al niño y a sus cuidadores principales a convivir con la diabetes.
El número de personas con diabetes tipo 1 subsidiarias de tratamiento con bomba de insulina es cada vez mayor. En los últimos dos años se ha triplicado el número de pacientes portadores de ISCI (Infusor Subcutáneo Contínuo de Insulina) en nuestra unidad. Actualmente, se realiza el seguimiento y control de más de 60 niños portadores de ISCI.
Se requiere un equipo multidisciplinar y programas educativos estructurados específicos con el fin de optimizar la implementación de la terapia así como el seguimiento. Es necesario contar con un equipo especializado de profesionales en esta materia, donde la enfermera educadora en diabetes tiene un papel fundamental al ser la encargada de realizar la formación necesaria al niño y a su cuidador principal.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar una educación terapéutica adecuada y eficiente a través de la enfermera educadora en diabetes adaptando los recursos que están a nuestro alcance.

POBLACIÓN DIANA: Pacientes atendidos en la Unidad de Diabetes Pediátrica con criterios de terapia ISCI.

MÉTODO
Las actividades realizadas tienen como base el programa estructurado del proceso formativo de los protocolos de consenso de la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP).

1. Sesiones formativas: las dos primeras serán teóricas y las dos siguientes prácticas

SESIÓN 1: Control de la diabetes
SESIÓN 2: Terapia con sistema ISCI
SESIÓN 3: Manejo e implantación sistema ISCI
SESIÓN 4: Realización 1º cambio de catéter

2. Postest tras el programa educativo:

Tras la última sesión formativa se realizará el test al paciente o a su cuidador principal en función de su edad, para valorar la asimilación de conceptos.

3. Citas sucesivas: serán programadas, a demanda, telefónicas, etc… para resolver dudas y afianzar los conceptos que les permitan adquirir la autonomía necesaria.

INDICADORES
PORCENTAJE DE NIÑOS PORTADORES DE SISTEMA ISCI
Área relevante Continuidad de cuidados
Dimensión Efectividad
Tipo de indicador Proceso
Objetivo/justificación Valorar la asimilación de conceptos transmitidos en las sesiones de la educadora en diabetes para implantar el sistema ISCI
Fórmula
Nº niños y/o cuidador principal con ISCI que reciben ETD y han asimilado conceptos esenciales x100
Nº niños con diabetes portadores de ISCI que reciben ETD

Explicación de términos Se entiende por ISCI, los sistemas de infusión subcutánea continua de insulina
Estándar 90%
Fuente de datos Corte semestral en unidad de diabetes
Población Niños con diabetes y sus cuidadores principales
Responsable de la obtención Enfermera educadora en diabetes pediátrica
Periodicidad de obtención Semestral
Observaciones Se medirá la asimilación de conceptos al finalizar las sesiones de ETD de ISCI con cuestionario

DURACIÓN
FASE 1 o de elaboración de:
- el contenido de las sesiones teóricas a través de un power point: abril - mayo
- el test de valoración de la asimilación de conceptos pre y post la formación: mayo
- el material de apoyo y la cartilla de seguimiento de cuidados y citas: mayo

FASE 2 o puesta en marcha de la mejora:
- realización de las sesiones formativas: junio (según se produzcan las inclusiones de niños en el programa por criterios clínicos)

FASE 3 o de evaluación de la mejora:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1306

1. TÍTULO

MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

- evaluación de indicadores: semestral

FASE 4 o replanteamiento e introducción de otras mejoras, si procede: diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1570

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... HECTOR SANMARTIN ALLUE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABORDA GARCIA INES
GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS
MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ
PLANA FERNANDEZ BLANCA
ASCASO MARTORELL CONCEPCION
PES LAGUNA MARIA DEL MAR
FERNANDEZ LETAMENDI TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entre las actividades llevadas a cabo se encuentran:
• Elaboración del borrador del protocolo por el grupo de mejora de triaje del servicio (en tiempo según el calendario previsto)
• Diseño del formulario electrónico (en tiempo según el calendario previsto)
• Impartir formación específica en sesiones de mañana y tarde al personal de enfermería del servicio seleccionado para la realización de la fase piloto (en tiempo según el calendario previsto para esta fase piloto)
• Informar a los médicos de urgencia hospitalaria del servicio sobre la implantación del protocolo en sesión clínica (en tiempo según el calendario previsto para esta fase piloto)
Todas las actividades realizadas se han llevado a cabo con los propios recursos de la unidad, en particular con el tiempo dedicado, fuera de su actividad asistencial y en muchos casos fuera de su actividad laboral, por parte de los participantes en el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto no ha alcanzado la totalidad de los objetivos pretendidos al no haberse podido finalizar la fase de implantación por la imposibilidad técnico-administrativa de no poder las enfermeras solicitar pruebas radiológicas.
Se planteo la posibilidad de realizar una fase piloto limitada en determinados tramos horarios y así poder estimar el resultado esperado del proyecto mediante los indicadores propuestos.
Esta fase piloto no pudo realizarse,al implicar una modificación de los procedimientos habituales de los médicos de urgencia hospitalaria del área de traumatología, los cuales no estaban dispuestos a asumir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como hemos indicado el proyecto no ha podido finalizarse, quedando paralizado al final de la fase de implantación por la imposibilidad técnico-administrativa actual, derivada de la no habilitación de las enfermeras que realizan triaje en el servicio de urgencias hospitalaria (SUH) de solicitar de manera autónoma pero protocolizada, pruebas radiológicas simples.
Esta problemática no ha podido ser resuelta en el plazo establecido para la finalización del proyecto de mejora, por lo que de momento el proyecto queda paralizado, que no descartado, hasta que se pueda resolver esta problemática administrativa, en el marco del Sistema Aragonés de Salud, como así ocurre en otros sistemas de salud del territorio nacional.
Lamentamos profundamente el no haber podido terminar la ejecución del proyecto, que considerábamos un gran avance para la organización de los SUH en nuestra comunidad, pues este proyecto por la innovación y la mejora que hubiera supuesto en la atención a los usuarios de los SUH aragoneses, creemos, por ello, que sería totalmente exportable al resto de hospitales.
Por ello, consideramos muy importante resolver esta situación administrativa, y en ello se centrarán nuestros esfuerzos, a partir de ahora, para retomar, una vez resuelta la situación que nos ha llevado a esta parada técnica.
Una vez vista la situación en la que nos encontramos ahora, probablemente, antes de diseñar el protocolo, deberíamos de haber tenido resuelto el problema administrativo antes citado, pero en su momento, no considerábamos que fuera a suponer el obstáculo insalvable para la ejecución del protocolo que finalmente ha supuesto.
Sin lugar a dudas, ésta es una importante lección aprendida de cara a futuras implantaciones de protocolos en el servicio y es el valorar en su justa medida las dificultades previas encontradas, antes de decidir implantar un nuevo protocolo y más aún, si se trata de una actividad tan novedosa en la comunidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1570 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1570

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

Nº de registro: 1570

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

Autores:
SANMARTIN ALLUE HECTOR, LABORDA GARCIA INES, GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS, MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ, PLANA FERNANDEZ BLANCA, PES LAGUNA MARIA DEL MAR, ASCASO MARTORELL CONCEPCION, FERNANDEZ LETAMENDI TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión (“no hacer”)
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Urgencias del H.U.M.S atendió en el año 2017 más de 30.000 pacientes en el área de boxes de traumatología. Los esguinces y traumatismos menores del miembro inferior suponen el 25 % de estos pacientes y durante su proceso asistencial se solicita una radiología simple en el 87% de los casos. Según las recomendaciones de “No hacer” de la SERAM, el esguince de tobillo es una de las lesiones articulares más frecuentes; sólo el 15% presentarán fractura ósea, mientras la solicitud de radiología simple supera el 85% en la práctica rutinaria.
Las ‘Reglas de Ottawa’ proceden de un análisis grupal desarrollado por el Dr. Ian Stiell (Ottawa Hospital, Canadá) y ofrecen evidencia y un algoritmo de decisión que permite identificar con alta fiabilidad los pacientes con probable de fractura en los que es necesario realizar la radiografía. Existen experiencias publicadas en las que la aplicación de un protocolo de triaje avanzado para el esguince de tobillo ha permitido reducir los tiempos asistenciales en estos pacientes y adecuar las indicaciones de la radiología, y consideramos que su implantación en nuestro servicio permitiría obtener los mismos resultados.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este protocolo es identificar en el área de triaje a los pacientes con esguinces o traumatismos menores del miembro inferior que precisan de la realización de una radiografía simple del tobillo, rodilla o pie y establecer un circuito diferenciado para acortar el tiempo total de estancia en el servicio, al disminuir el tiempo de decisión clínica. Como objetivo secundario, se pretende adecuar las indicaciones de solicitud de estudio radiológico en estos pacientes.

MÉTODO
Las acciones previstas para el desarrollo del proyecto son:
FASE 1: Redacción y aprobación del protocolo de triaje avanzado:
- Elaborar del borrador del protocolo por el grupo de mejora de triaje del servicio
- Consensuar el protocolo con el servicio de radiología y traumatología
- Aprobación del protocolo por la Dirección y la Comisión de Tecnología

FASE 2: Diseño e integración del protocolo en la aplicación informática de historia electrónica de urgencias (P.C.H):
- Diseñar el formulario electrónico
- Integrarlo con los protocolos de triaje avanzado ya disponibles en el servicio

FASE 3: Difusión y formación:
- Distribuir el protocolo a todo el personal del servicio
- Impartir formación específica en sesiones de mañana y tarde al personal de enfermería del servicio
- Informar a los médicos residentes y facultativos de otros servicios médicos y quirúrgicos implicados

FASE 4: Implantación del protocolo
FASE 5: Consolidación y evaluación
- Evaluar implantación
- Ampliar las sesiones de formación si fuera necesario
- Iniciar la medición de los indicadores de implantación

INDICADORES
Se evaluarán los resultados del proyecto mediante la monitorización de los siguientes indicadores:
- Cumplimentación del protocolo: pacientes con el protocolo activado y check-list cumplimentado / total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión x 100

Se establece un estándar del 70% para el primer año de implantación del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1570

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

• Reducción del tiempo asistencial: diferencia entre la mediana del tiempo total de asistencia en pacientes elegibles no incluidos en el protocolo y la mediana del tiempo total de asistencia en pacientes incluidos en el protocolo
Estándar: > 30 minutos

• Tasa de estudios radiológicos: pacientes con criterios de inclusión en los que se realiza radiografía / total de pacientes con criterios de inclusión x 100
Estándar < 87%
Los datos se obtendrán de la aplicación informática P.C.H.

DURACIÓN
El proyecto se ha iniciado en Marzo de 2018 y está prevista su finalización en Diciembre de 2018. El cronograma estimado es el siguiente:
FASE 1: Marzo – Julio 2018
Fase 2: Junio - Septiembre 2018
Fases 3 y 4: Octubre 2018
Fase 5: Octubre – Diciembre 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 - 2019/1096

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PEDRO PARRILLA HERRANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DELGADO BELTRAN PILAR
OMISTE MARTINEZ JOSE LUIS
HERRER CASTEJON ANA
MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ
GARCIA ENA CARMEN
GALVE GALVE JOSE ANTONIO
MUÑOZ GONZALEZ YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo principal de este proyecto era desarrollar en PCH un sistema de gestión informática del subproceso de diagnóstico de laboratorio, implementando la petición electrónica de laboratorio y un sistema de mensajería para el seguimiento en tiempo real del proceso. Para ello se han llevado a cabo las siguientes actividades:
1. Análisis basal de la situación mediante explotación de datos del sistema informático PCH: Durante los meses de enero y febrero de 2019 se analizaron las interconsultas realizadas a hematología desde el servicio de urgencias (HG) entre los meses de agosto de 2018 y enero de 2019. Se habían cursado un total de 805 interconsultas (media mensual 134), de las cuales 268 en pacientes que fueron dados de alta (media mensual 44). Las interconsultas al alta motivadas por INR alto fueron un total de 84 (media mensual 14).
2. Revisión bibliográfica y búsqueda de evidencia. De forma paralela al análisis basal se realizó una revisión de la evidencia disponible sobre el manejo del paciente anticoagulado en urgencias, entre enero y febrero de 2019.
3. El protocolo de manejo en urgencias se elaboró en los meses de febrero y marzo de 2019. Se redactó un borrador inicial que fue posteriormente revisado y consensuado entre los dos servicios (urgencias y hematología).
4. La publicación y difusión del protocolo se realizó en los meses de abril y mayo de 2019, mediante la realización de sesiones clínicas al personal del servicio de urgencias (médicos adjuntos y personal de enfermería), y se implantó el protocolo a partir del mes de junio.
5. En el último cuatrimestre de 2019 se ha realizado un análisis de datos tras la implantación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para evaluar los resultados obtenidos con la implantación del protocolo se han analizado las interconsultas realizadas a hematología desde el servicio de urgencias (HG) entre los meses de agosto y noviembre de 2019. En este periodo se han cursado un total de 251 interconsultas (media mensual 63), de las cuales 95 en pacientes que fueron dados de alta (media mensual 24). Las interconsultas al alta motivadas por INR alto fueron un total de 30 (media mensual 7,5).
Comparando los datos obtenidos en la fase previa al protocolo con los datos del periodo postimplantación, comprobamos que:
- El número mensual de interconsultas ha pasado de 134 a 63 (reducción del 53%)
- El número mensual de interconsultas en altas ha pasado de 44 a 24 (reducción del 45%)
- El número mensual de interconsultas en altas por “revisión de pruebas” (INR fuera de rango) ha pasado de 14 a 7,5 (reducción del 46%).

También se ha analizado el porcentaje de interconsultas a hematología que han sido respondidas en la propia interconsulta de PCH; esta era una práctica muy poco frecuente en la fase previa. En la fase postimplantación, se ha observado que el porcentaje de respuestas resgistradas en PCH ha aumentado de forma progresiva:
- Agosto: 26,5%
- Septiembre: 28,5%
- Octubre: 44,4%
- Noviembre: 62%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A la vista de los resultados obtenidos podemos concluir que la implantación del protocolo ha permitido reducir de forma significativa el número de interconsultas realizadas al servicio de hematología. Esto es debido a que se ha conseguido un manejo más uniforme del paciente anticoagulado con fármacos aVK en el servicio de urgencias y se ha generalizado la planificación del inicio del tratamiento desde la SU y la utilización de la punción capilar y del autoanalizador frente a la determinación de INR en sangre venosa.
Por otra parte, se ha utilizado con frecuencia creciente la respuesta de las interconsultas en PCH por parte de hematología.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1096

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1096 ========== ***

Nº de registro: 1096

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
PARRILLA HERRANZ PEDRO, DELGADO BELTRAN MARIA PILAR, OMISTE MARTINEZ JOSE LUIS, HERRER CASTEJON ANA, MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ, GARCIA ENA CARMEN, GALVE GALVE JOSE ANTONIO, MUÑOZ GONZALEZ YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tratamiento anticoagulante oral (TAO) con fármacos antivitamina K (aVK) acenocumarol (Sintrom®) y warfarina (Aldocumar®), está indicado en determinadas patologías crónicas muy prevalentes, por lo que genera frecuentes consultas, muchas de ellas urgentes.
El control del TAO se realiza mediante el INR: tiempo de protrombina realizado mediante una tromboplastina de alta sensibilidad y expresado como "razón normalizada internacional" (INR), única forma correcta de expresión del tiempo de protrombina cuando está destinada al control del TAO. Hay varias opciones para control del TAO con fármacos aVK: autotratamiento, manejo por atención primaria (AP) y manejo en unidades especializadas hospitalarias.
Las consultas urgentes relacionadas con el TAO incluyen las ocasionadas por mal control del tratamiento (niveles de INR por debajo o por encima del rango terapéutico), las derivadas de complicaciones hemorrágicas y la indicación de inicio de tratamiento tras una consulta urgente. Además, en el servicio de urgencias también hay que valorar y ajustar el TAO en pacientes que consultan por otro motivo.
Hemos detectado que en el manejo de estos pacientes existe una considerable variabilidad, y que se utilizan procedimientos que no aportan valor y que contribuyen a una estancia prolongada del paciente en urgencias, como son la solicitud de estudio de hemostasia completo por punción venosa para determinar el INR y la solicitud de consulta a hematología para nueva pauta.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana de este proyecto son los pacientes atendidos en el servicio de urgencias que siguen tratamiento crónico con fármacos aVKs como el acenocumarol (Sintrom®) y la warfarina (Aldocumar®) y aquellos pacientes anticoagulados en los que se inicia el TAO con estos fármacos en el servicio de urgencias.
El proyecto lo desarrollarán de forma conjunta los servicios de urgencias y de hematología (sección de hemostasia). Los objetivos que se pretende conseguir son:
1. Uniformizar el manejo del paciente anticoagulado con fármacos aVK en el servicio de urgencias (SU) del HUMS.
2. Planificar el inicio de la anticoagulación con aVK desde el SU del HUMS.
3. Generalizar el uso de la punción capilar y el autoanalizador POC (Coagucheck®) siempre que sea posible.

MÉTODO
Las acciones previstas son:
1. Análisis basal de la situación mediante explotación de datos del sistema informático PCH: interconsultas a hematología, interconsultas motivadas por INR alto, tiempo de estancia de los pacientes
2. Revisión bibliográfica y búsqueda de evidencia
3. Elaboración de un protocolo de manejo en urgencias consensuado entre los dos servicios (urgencias y hematología)
4. Publicación, difusión del protocolo e implantación del protocolo
5. Análisis de datos e indicadores tras la implantación

INDICADORES
Indicador 1. Pacientes en TAO (o inicio de TAO) dados de alta de urgencias en los que se solicita interconsulta al servicio de hematología.
Excepciones: pacientes con clínica hemorrágica; pacientes con indicación de consulta a hematología según

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1096

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

protocolo: INR > 8, inicio de TAO en pacientes con FG < 15 ml/min
Fórmula: (Nº de interconsultas a hematología en pacientes dados de alta / Nº de interconsultas a hematología) x 100
Fuente de datos: Sistema informático del servicio de Urgencias (PCH)
Estándar: < 20%

Indicador 2. Pacientes con inicio de TAO dados de alta de urgencias en los que se cumplen los puntos críticos de seguridad clínica e información al paciente indicados en el protocolo .
Excepciones: pacientes con indicación de consulta a hematología según protocolo: FG < 15 ml/min
Fórmula: (Nº de pacientes en los que se inicia TAO en urgencias y en los que consta en la historia clínica de urgencias (PCH) la escala HAS-BLED, el FG y la información al paciente y obtención del consentimiento / Nº de pacientes en los que se inicia TAO en urgencias) x 100
Fuente de datos: Sistema de prescripción electrónica al alta (receta electrónica). Sistema informático del servicio de Urgencias
Estándar: > 70%

DURACIÓN
Señalar para cada actividad la duración prevista y los responsables de su implantación. Incluir las actividades relacionadas con la evaluación del proyecto, plan de comunicación,... Fecha prevista de inicio y finalización del proyecto
1. Análisis basal: Enero y Febrero de 2019. Responsable: Javier Povar
2. Revisión bibliográfica y búsqueda de evidencia: Enero y Febrero de 2019. Responsable: Nuria Fernández.
3. Elaboración del protocolo: Febrero y Marzo de 2019. Responsables: Pedro Parrilla y José Manuel Calvo.
4. Publicación, difusión del protocolo e implantación del protocolo: Abril y Mayo de 2019. José Luis Omiste.
5. Análisis de datos e indicadores tras la implantación: ultimo cuatrimestre de 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 - 2019/1110

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PETICIÓN ELECTRÓNICA DE LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JAVIER POVAR MARCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARRON TUNDIDOR RAFAEL
GARCIA GONZALEZ ELENA
GIMENEZ GIL RAFAEL
SIERRA MARIN CAROLINA
AVELLANA GALLAN MARTA
MERCADAL ALEGRIA ANA ISABEL
RUBIO GOMEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo principal de este proyecto era desarrollar en PCH un sistema de gestión informática del subproceso de diagnóstico de laboratorio, implementando la petición electrónica de laboratorio y un sistema de mensajería para el seguimiento en tiempo real del proceso. Para ello se han llevado a cabo las siguientes actividades:
1. Desarrollo informático: el diseño y la programación del módulo de laboratorio del programa de historia electrónica de urgencias-PCH fue desarrollado por los profesionales del Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos del SALUD entre los meses de enero y marzo de 2019. Fueron necesarias varias reuniones del grupo de mejora para analizar el subproceso de diagnóstico de laboratorio desde la petición hasta la visualización del informe y desarrollar la conexión e integración de PCH con Modulab con todas las funcionalidades necesarias para la actividad asistencial en urgencias.
2. Desarrollo de los aspectos técnicos: de forma paralela, en los meses de febrero y marzo se llevaron a cabo diversas actividades imprescindibles para la puesta en marcha del proyecto, con participación de los servicios de urgencias, laboratorio e informática. Las tareas realizadas fueron: gestión de usuarios y contraseñas de acceso, diseño de la plantilla de solicitud de parámetros analíticos adaptada a las necesidades del servicio de urgencias, instalación de Modulab en los ordenadores del servicio de urgencias y conexión de las impresoras de etiquetas en los puntos de trabajo necesarios.
3. Adecuación de los circuitos funcionales: durante el mes de abril se revisaron los circuitos funcionales para adaptar la forma de trabajo de los profesionales sanitarios del servicio de urgencias a la nueva aplicación informática.
4. Formación de los profesionales y difusión del proyecto: antes de la implantación, en los meses de abril y mayo, se realizaron acciones dirigidas a dar a conocer el funcionamiento de la nueva aplicación y de los circuitos funcionales. Para ello se elaboró un manual de usuario y una hoja informativa con los aspectos clave, que se distribuyó a todo el personal implicado (médicos del servicio, enfermería y médicos residentes)
5. Implantación y puesta en producción: se realizó en junio de 2019. En una primera fase, durante unas 3 semanas, se implantó en un número limitado de boxes de atención para detectar incidencias de funcionamiento y poder resolverlas sin afectar al funcionamiento global del servicio. Posteriormente se implantó en todo el servicio y para todos los pacientes atendidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para evaluar los resultados obtenidos con la implantación del proyecto se han calculado los indicadores comparando datos del mes de septiembre del 2019 (con la petición electrónica ya implementada) respecto de septiembre de 2018 (petición en volante en papel). En el caso de los indicadores 3 y 4, se realizó un audit de pacientes atendidos en urgencias los días 10-15 de septiembre del 2018 o del 2019 (60 pacientes en cada periodo), ya que no era factible obtener las horas de extracción y validación para todos los pacientes de forma automatizada. Se han utilizado como fuente de datos los obtenidos a partir del sistema informático de Modulab y de PCH. A continuación, se muestra el resultado y la interpretación de los indicadores.
Indicador 1. Reducción de las muestras rechazadas por ausencia de identificación de la muestra (informadas como “muestra no recibida”) tras la implantación de la petición electrónica. Excepciones: muestras rechazadas por otros motivos
Fuente de datos: Sistema informático de Modulab. Estándar: se espera reducción > 80%
Para el cálculo de este indicador hemos seleccionado tres muestras concretas (contenedor para el lactato, para la orina y para la gasometría) porque son las que concentran la mayor cantidad de incidencias y las que consideramos que mejor podrían reflejar el efecto de la petición electrónica.
En el caso del lactato, en 2018 en más de la mitad de las solicitudes (60.8%) no se recibía esta muestra. En 2019 se ha reducido significativamente (3 casos, un 11.5% en el mes evaluado), lo que supone una reducción de incidencias en este contenedor del 81%.
En el caso de las muestras de orina, las muestras no recibidas han pasado del 6.4% al 4.1% (una reducción del número de incidencias del 37%); la reducción observada no ha sido mayor porque la petición electrónica condiciona el registro automático desde el momento de la solicitud, mientras que en la solicitud en papel algunas orinas que no llegaban a enviarse no se registraban. Por lo tanto, podemos concluir que la existencia de una etiqueta específica para la muestra de orina está promoviendo que se recoja un mayor porcentaje de las mismas.
Para las gasometrías, por el contrario, se está produciendo un mayor porcentaje de incidencias, pero esto es sobre todo un “artefacto informático”. Coincidiendo con la implantación de la petición electrónica se instalaron en urgencias tres gasómetros para procesar todas las gasometrías solicitadas. Sin embargo, ocurre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1110

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PETICIÓN ELECTRÓNICA DE LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

que las gasometrías en vitales se procesan antes de realizar la solicitud electrónica y se identifican con un número de historia. Esto hace que en el sistema informático de laboratorio genere una petición de análisis distinta de la que luego hace el médico, de forma que en ésta última la gasometría ya no se procesa y en general se rechaza con jeringa no procesada. Es por ello que el % gasometrías con incidencias ha pasado del 4.8% al 7.0% (un aumento del 46%).
Indicador 2. Rechazo de analítica solicitada por falta de datos en la solicitud
Fuente de datos: Sistema informático de Modulab. Estándar: < 1%
Con la implantación de la petición electrónica no se produce ninguna cancelación de muestras por falta de datos en la solicitud, en todos los casos la cumplimentación de los datos de identificación del médico solicitante y los del paciente están recogidos de forma adecuada en las solicitudes realizadas a través del formulario de petición electrónica.
Indicador 3. Reducción del tiempo de respuesta de las analíticas tras la implantación de la petición electrónica. Excepciones: analíticas rechazadas
Fuente de datos: Sistema informático de Modulab y PCH. Estándar: no aplica
La media de tiempo desde la extracción de la muestra hasta el informe ha pasado de 78 minutos en 2018 a 70 minutos en 2019. Por tanto, la informatización sólo ha tenido un efecto discreto en la mejora del tiempo de respuesta del laboratorio. Sin embargo, hay que tener en cuenta que hemos considerado la hora de validación facultativa y no la de validación técnica, aunque ésta ya permite que el resultado sea visible a través de la intranet; en determinados tramos horarios hay un decalaje importante entre ambas validaciones.
Indicador 4. Tiempo de respuesta de analíticas. Excepciones: analíticas rechazadas
Fuente de datos: Sistema informático de Modulab y PCH. Estándar: < 5%
Se observa una mejora en el tiempo de respuesta del laboratorio, de forma que el porcentaje de informes de laboratorio emitidos con una demora superior a los 60 minutos desde la solicitud ha disminuido del 82,0% en 2018 al 62,7% en 2019.
La reducción del tiempo de respuesta con la petición electrónica se debe sobre todo a la optimización del proceso de gestión preanalítica de las muestras en el laboratorio. Sin embargo, el estándar fijado en este indicador era probablemente demasiado ambicioso si consideramos que la petición electrónica no influye en el retraso desde que se realiza la extracción hasta que la muestra se recibe en el laboratorio, y que este retraso puede ser elevado en muchos casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Conclusiones:
- Se ha implementado la gestión informática de la petición electrónica de laboratorio en el servicio de urgencias del HUMS (hospital general/traumatología).
- La petición electrónica permite que no se produzca ninguna cancelación de muestras por falta de datos en la solicitud y facilita la correcta identificación de las muestras, reduciendo la posibilidad de errores.
- La integración de la petición electrónica en la historia de urgencias – PCH facilita la labor de los profesionales (personal médico y de enfermería de urgencias y técnicos de laboratorio) y permite optimizar el proceso de gestión preanalítica de las muestras en el laboratorio.
- La informatización ha tenido un efecto discreto en la mejora del tiempo medio de respuesta del laboratorio y ha aumentado en un 20 % las analíticas que cumplen el estándar de 60 minutos desde la solicitud hasta el informe (con validación por facultativo).

Tras el desarrollo y análisis del proyecto, podemos hacer las siguientes recomendaciones:
- La implantación de la petición electrónica debería extenderse a las urgencias del hospital infantil y de maternidad del HUMS
- Las incidencias observadas en las gasometrías obligan a replantear la forma de identificación de las gasometrías del Área de Vitales y a hacer homogéneo el equipamiento de gasómetros disponibles en urgencias y en el laboratorio
- Para intentar reducir el tiempo de respuesta del laboratorio entre la solicitud y la emisión del informe sería necesario analizar de forma independiente el tiempo de transporte (desde la extracción hasta la llegada al laboratorio) y el tiempo de respuesta del laboratorio propiamente dicho, y fijar criterios diferenciados para cada uno de ellos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1110 ========== ***

Nº de registro: 1110

Título
IMPLANTACION DE LA PETICION ELECTRONICA DE LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
POVAR MARCO JAVIER, MARRON TUNDIDOR RAFAEL, GARCIA GONZALEZ ELENA, GIMENEZ GIL RAFAEL, SIERRA MARIN CAROLINA, AVELLANA GALLAN MARTA, MERCADAL ALEGRIA ANA ISABEL, RUBIO GOMEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1110

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PETICIÓN ELECTRÓNICA DE LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patologia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de urgencias del HUMS goza de un elevado nivel de informatización del proceso asistencial y de la documentación clínica. Uno de los subprocesos que no ha podido ser incluido hasta la fecha es el diagnóstico de laboratorio, debido a problemas técnicos de conexión e integración del sistema de gestión del laboratorio (Modulab) y PCH.
Hasta la fecha la petición de cualquier determinación analítica (bioquímica, hemograma, hemostasia, etc.) y de microbiología se realiza en formato papel. Los datos del médico solicitante se cumplimentan a mano, lo que ocasiona dificultades para identificarlo. Los tubos para la obtención de las muestras se identifican con etiquetas de código de barras. Este proceso es mejorable en cuanto a la identificación del paciente y de las muestras. Por otra parte, no permite una adecuada gestión de las muestras en el laboratorio, lo que enlentece el proceso y provoca tiempos más largos de respuesta que aumentan el tiempo total de asistencia del paciente en urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: desarrollar en PCH un sistema de gestión informática del subproceso de diagnóstico de laboratorio, implementando la petición electrónica de laboratorio y un sistema de mensajería para el seguimiento en tiempo real del proceso.
La población diana es el conjunto de pacientes atendidos en el servicio de urgencias.
Objetivos secundarios:
1. Conseguir la cumplimentación adecuada de las solicitudes de las determinaciones analíticas a través del formulario de petición electrónica, tanto los datos de identificación del médico solicitante como los del paciente
2. Integrar el subproceso de diagnóstico de laboratorio en el proceso asistencial de urgencias en PCH, lo que facilitará la labor asistencial a los profesionales sanitarios (personal médico y de enfermería de urgencias y técnicos de laboratorio)
3. Optimizar el proceso de gestión preanalítica de las muestras en el laboratorio

MÉTODO
1. Desarrollo informático: diseño y programación del módulo de laboratorio en PCH, que permita la conexión e integración con Modulab (desarrollo por el Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos del SALUD).
2. Aspectos técnicos: gestión de usuarios, diseño de la plantilla de solicitud de parámetros analíticos, instalación de Modulab y de impresoras de etiquetas en los ordenadores del servicio de urgencias.
3. Adecuación de los circuitos funcionales y forma de trabajo actuales de los profesionales sanitarios a la nueva aplicación informática.
4. Formación de los profesionales en el uso de la nueva aplicación y de los circuitos funcionales
5. Encuesta de satisfacción a los profesionales de enfermería

INDICADORES
Indicador 1. Reducción de las muestras rechazadas por ausencia de identificación de la muestra (informadas como “muestra no recibida”) tras la implantación de la petición electrónica. Excepciones: muestras rechazadas por otros motivos
Fuente de datos: Sistema informático de Modulab. Estándar: se espera reducción > 80%
Indicador 2. Rechazo de analítica solicitada. Excepciones: rechazo por falta de datos en la solicitud (“muestra no recibida”)
Fuente de datos: Sistema informático de Modulab. Estándar: < 1%
Indicador 3. Reducción del tiempo de respuesta de las analíticas tras la implantación de la petición electrónica. Excepciones: analíticas rechazadas
Fuente de datos: Sistema informático de Modulab y PCH. Estándar: no aplica
Indicador 4. Tiempo de respuesta de analíticas. Excepciones: analíticas rechazadas
Fuente de datos: Sistema informático de Modulab y PCH. Estándar: < 5%

DURACIÓN
1. Desarrollo informático: Enero-Marzo de 2019. Responsable: Rafael Marrón
2. Gestión de usuarios y diseño de la plantilla de solicitud: Febrero-Marzo de 2019. Responsable: Elena García
3. Instalación de Modulab y de impresoras: Marzo-Abril de 2019. Responsable: Rafael Giménez
4. Adecuación de circuitos funcionales: Abril de 2019. Responsable: Javier Povar
5. Formación del personal de urgencias: Abril y Mayo de 2019. Responsable: Javier Povar
6. Puesta en producción: Junio 2019. Responsables: Rafael Marrón, Rafael Giménez, Elena García, Javier Povar
7. Evaluación del proyecto (indicadores y encuesta de satisfacción): segundo semestre de 2019. Elena García,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1110

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PETICIÓN ELECTRÓNICA DE LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Marta Avellana, Marta Rubio, Carolina Sierra, Ana Isabel Mercadal

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1199

1. TÍTULO

PROYECTO FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SILVIA GARCES HORNA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MANERO SOLANAS MARTA
LOPEZ IBORT NIEVES
LORENTE CASAUS TERESA
PES LAGUNA MARIA MAR
SANCHEZ ESCOBEDO SONIA
GOMEZ NICOLAS MARIA CARMEN
POVAR MARCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación de un registro de personal tutorizado. JUNIO 2019
Comunicación constante y fluida con Supervisoras de la Unidad. Durante todo el proyecto.
Creación Cuestionario electrónico habilidades técnicas. MAYO 2019
Creación Cuestionario electrónico competencias básicos en Urgencias. MAYO 2019
Creación de sesiones en formato Power Point y exposición de las mismas durante todo el proyecto.
Recepción del personal novel. Durante todo el proyecto.
Acompañamiento del personal de nueva incorporación. Durante todo el proyecto
Sesiones presenciales y resolución de dudas. Durante todo el proyecto.
Creación y puesta en marcha de un vademecum de la unidad de cuidados de enfermería en urgencias. Supervisoras y tutora, han creado de forma conjunta, un manual de acogida de la unidad, para enfermería, con difusión por código QR. OCTUBRE 2019.
Desarrollo de una herramienta online con acceso privado para los tutorizados, en la que se muestran presentaciones e infografías sobre procedimientos de enfermería. Durante todo el proyecto.
Durante todo el proyecto, sesiones presenciales e infografías sobre:
- Hemocultivos
- Manejo del reservorio en urgencias
- Algoritmos de soporte vital avanzado
- Transfusión sanguínea
- Código sepsis
- Medición de presión venosa central
- Manejo del sintrom en urgencias
- Carro de paradas y desfibrilador
- Drenaje torácico
- Registro de insulina administrada en Pch
- Secuencia de intubación
- Ventilación mecánica no invasiva
- Toracocentesis

Evaluación y recogida de datos. ENERO 2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador 1: enfermeras que han entrado en el programa de tutorización.
En el programa de tutorización han entrado 109 enfermeros, 83 de ellos, no habían trabajado nunca en urgencias de este hospital, por lo que el 76,1% de los contratados en urgencias no tenía experiencia previa en el servicio y de éstos, el 100% fue incluido en el programa. Standard marcado>80%. Fuente: Tutora/Supervisoras. Método obtención: Registro.

Indicador 2: El número de técnicas identificadas en la competencia “habilidades técnicas” de la unidad de enfermería de cuidados en urgencias son 22. De las 22 técnicas actualmente existen 6 protocolizadas.
Como standard marcado cada año aumentará en un 10%.
Fuente: Tutora/Supervisoras/Grupo de calidad del servicio. Método obtención: Análisis y desarrollo de protocolos.

Indicador 3: Enfermeras que reciben la acogida por parte del tutor el primer día de trabajo.
El 89,9% fueron recibidos por el tutor al inicio de su contrato. Es decir, tan sólo 11 personas no fueron vistas en su primer día, y de éstas:
• 5 comenzaron contrato de noche o en fin de semana, y fueron vistas en su segundo día de trabajo.
• 2 por asuntos personales y por petición propia, se reunieron con la tutora antes de su segundo o tercer día de trabajo.
- Por lo que tan sólo 4 personas no han tenido acceso al tutor en su primer día laboral, y han accedido al programa en días posteriores.
Standard marcado 60%. Fuente: Tutora. Método obtención: Registro.

Indicador 4: Las reclamaciones recogidas por el SIAU relacionadas con el servicio de urgencias hasta la fecha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1199

1. TÍTULO

PROYECTO FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS

actual han sido un total de 161. Una vez analizada la casuística de dichas reclamaciones, el número de reclamaciones relacionadas con la unidad de enfermería de cuidados en urgencias fueron 5. Y concretando el periodo de junio a fecha actual, tiempo en el que se ha puesto en marcha el proyecto figura del tutor, relacionadas con las enfermeras fueron 2 reclamaciones. Standard marcado 10% menos que el año anterior. Fuente: SIAU/Supervisora de Área

Indicador 5: Enfermeras tutorizadas que pasan de nivel de competencia principiantes a competentes.
Se objetiva un progreso en la autoevaluación de los enfermeros que han formado parte del programa de tutorización. Demostrándose haber aumentado su nivel competencial en un 90,9% de las competencias requeridas. Refiriendo una mejoría en 20 de las 22 habilidades descritas y siendo el triaje y el retriaje, al que no tienen acceso como personal novel, las habilidades en las que no se refleja una mejoría. Standard marcado >80%. Fuente: Tutora. Método obtención: Cuestionario autoevaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora ha resultado ser muy positiva dado que el proyecto ha velado por la seguridad de paciente y la calidad en los cuidados, centrándose en el profesional novel y en el paciente que es atendido por este.
Como problemas hemos encontrado;
- El número total de enfermeros/as contratadas en el período comprendido entre junio de 2019 y enero de 2020 es de 109 personas, sólo el 9,1% de los contratados ha podido cubrir el puesto de Triaje en la unidad, por disponer del curso y la experiencia previa requerida para el puesto.
- Únicamente 11 enfermeras del personal formado durante el contrato de verano en la unidad de cuidados de urgencias, ha tenido continuidad en el servicio con contratos en los meses de noviembre y diciembre, lo que implica la perdida de personal que había adquirido mayor nivel, en su perfil competencial como enfermera de urgencias.
- No disponer de un espacio físico propio para el Tutor, compartiendo el despacho con los profesores asociados de unizar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1199 ========== ***

Nº de registro: 1199

Título
PROYECTO FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

Autores:
GARCES HORNA SILVIA, MANERO SOLANAS MARTA, LOPEZ IBORT NIEVES, LORENTE CASAUS TERESA, PES LAGUNA MARIA MAR, SANCHEZ ESCOBEDO SONIA, GOMEZ NICOLAS MARIA CARMEN, POVAR MARCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La alta tecnificación de los cuidados, la complejidad del rol de la enfermera en situaciones de alta especialización, la necesidad de obtener resultados basados en la eficiencia, los cambios en la sociedad… llevan a desarrollar estrategias encaminadas a mejorar la calidad de los cuidados, a mejorar la salud y seguridad de los usuarios y a fortalecer la contribución enfermera, pues la práctica enfermera es mucho más que realizar las tareas.
El periodo de transición que requiere el paso del rol de universitario a profesional de la enfermería, precisa la guía de otros para aprender a aplicar los conocimientos teóricos a las experiencias clínicas de la vida real. Las enfermeras noveles tienen su formación, pero también es reconocida su falta de consolidación de experiencia práctica en el cuidado de pacientes, por ello el cuidado de pacientes complejos, el ambiente hospitalario de alta tecnología… es un gran desafío para ellas. La aplicación a la práctica no solo abarca nuevas habilidades y técnicas clínicas, sino que también incluye hacer frente a problemas de relaciones con los pacientes y sus familias, estructuras organizacionales y trabajo en equipo. Los directivos sanitarios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1199

1. TÍTULO

PROYECTO FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS

deben ser conscientes de estas brechas entre las habilidades y los conocimientos adquiridos en la facultad y los ganados a través de la experiencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la seguridad del paciente en la unidad de cuidados de enfermería de urgencias a través de la creación de la figura del tutor.

MÉTODO
Un programa de mentoría/tutoría es un proceso de acompañamiento y apoyo en la tarea a desempeñar, así como la integración en la unidad o institución de referencia. El mentor/tutor es un profesional con amplia formación y experiencia que asume la responsabilidad de orientar y asesorar al mentorizado/tutorizado en su desempeño profesional2. Así, es el responsable de ayudar al novel a ganar confianza y motivación a través del conocimiento y la reflexión, proporcionándole ayuda para una óptima organización, así como las destrezas necesarias de resolución de problemas, de pensamiento crítico y de toma de decisiones aplicables a su entorno laboral específico de cuidar a los pacientes en situación crítica. También puede ser el responsable de emitir material educativo apropiado para este personal.
Durante este periodo de tutoría, las enfermeras desarrollarán habilidades técnicas, de relaciones interpersonales y de comunicación. También aclararán sus conceptos erróneos lo cual facilitará la práctica segura. De esta forma, el novel pasará a ser competente, y en un futuro inmediato, desarrollará la totalidad de sus funciones demostrando su capacidad de adaptación a situaciones nuevas y potencialmente estresantes.
Como resultado de la tutoría, el personal se siente más valorado y empoderado en sus roles. Un personal de enfermería que se siente valorado y capacitado estará más dedicado a la organización y tendrá orgullo personal y sentido de pertenencia en su trabajo, desarrollo profesional, y promoción profesional. Más personal cualificado resulta en una práctica de enfermería más competente y segura, y este precisamente es el resultado que busca el programa de tutoría.

INDICADORES
Indicadores
Nº de enfermeras que han trabajado por primera vez en la Unidad de Cuidados de Urgencias del HUMS y que han entrado en el programa de tutorización /
Nº de enfermeras que han trabajado por primera vez en la Unidad de Cuidados de Urgencias del HUMS
Estándar: > 80%
Nº de técnicas identificadas en la competencia “habilidades técnicas” que están protocolizadas /
Nº de técnicas identificadas en la competencia “habilidades técnicas” de la Unidad de Cuidados de urgencias del HUMS
Estándar: 10% más que el año anterior hasta llegar al 100%
Nº de enfermeras que han entrado en el programa y que han sido recibidas por el tutor en el primer día de trabajo /
Nº de enfermeras que han entrado en el programa en la Unidad de Cuidados de Urgencias del HUMS
Estándar: > 60%
Nº de reclamaciones recibidas del SIAU relacionadas con la atención enfermera de la Unidad de Cuidados de Urgencias/
Nº de reclamaciones recibidas del SIAU en el Servicio de Urgencias del HUMS
Estándar: 10% menos que el año anterior
Nº de enfermeras principiantes (nivel 1) que en dos meses alcanzan el nivel de competentes (nivel 3) /
Nº de enfermeras principiantes (nivel 1) con contrato superior a dos meses
Estándar: > 80%

DURACIÓN
CRONOGRAMA
Presentación propuesta y estudio pre en abril
Selección tutor y comienzo programa en mayo
Corte de indicadores junio y diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
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 - 2019/1327

1. TÍTULO

AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES NO TECNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA MAR PES LAGUNA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES HORNA SILVIA
LOPEZ MARTINEZ MANUEL MARIA
AMIGO ROMEO IAGO
PERNA SIURANA JESICA
JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES
PARRILLA HERRANZ PEDRO
PEREZ ARDISA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Puesta en marcha del grupo de trabajo técnico-funcional para definición y seguimiento del proyecto. (abril 2019)
2. Definicio´n del plan de entrenamiento, competencias vinculadas, indicadores de proceso, de resultado e impacto en salud, en el A´rea de Urgencias, segmentado por puesto de trabajo y categori´a profesional. (abril 2019)
3. Definicio´n te´cnica de la solucio´n innovadora para la creacio´n del a´rea de entrenamiento de gestio´n de ana´lisis. (abril 2019)
4. Definicio´n de la memoria te´cnica para el acondicionamiento de los escenarios demostradores definidos en el proyecto. (abril 2019-marzo 2020)
5. Definicio´n de la dotacio´n tecnolo´gica de ambos escenarios demostradores incluyendo material inventariable y fungible. (A lo largo de todo el proyecto)
6. Inventariado y etiquetado de la dotacio´n de ambos escenarios demostradores. (A lo largo de todo el proyecto)
7. Demostracio´n y evaluacio´n de la solucio´n tecnolo´gica integrada en los escenarios demostradores. (A lo largo de todo el proyecto)
8. Perfeccionamiento y desarrollo progresivo de la solucio´n tecnolo´gica.
9. Formacio´n de formadores.
10. Sesiones para desarrollo competencial de habilidades no te´cnicas (trabajo en equipo, comunicacio´n eficaz, liderazgo, ana´lisis de la situacio´n), todas se llevara´n a cabo a lo largo del an~o 2020. Se realizaron 4 sesiones de RECICLAJE EN SOPORTE VITAL AVANZADO (abril, mayo, octubre 2019)
11. Sesiones sobre los diferentes co´digos existentes en nuestra CC.AA., potenciando cada puesto de trabajo. Y sesiones sobre diferentes protocolos del servicio. Se realizaron 2 ediciones del CURSO PRÁCTICO DE ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS VITALES. (octubre- noviembre 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador 1; Completado el acondicionamiento, la dotación tecnológica, la dotación de material complementario inventariable y la dotación de material fungible, de los Escenarios propuestos. 100 % CONSEGUIDO. Fuente; Supervisión/Coordinador Urgencias.

Indicador 2; Encuesta preproyecto para analizar situacio´n actual del equipo de urgencias (satisfaccio´n laboral). Los resultados fueron para una plantilla orgánica de 96 enfermeras obtuvimos una respuesta del 72 % en personal del servicio. En cambio, para la plantilla eventual de enfermeras en periodos estivales/festivos/invernales la respuesta fue del 100% (n =93). Estandar 80% . Fuente: Supervisión, figura de tutora. Método de obtención; Cuestionario CVP-35.

-Indicador 3; Encuesta postproyecto (satisfaccio´n laboral). En la plantilla eventual se obtuvo 76 respuestas, un 81 %. Los resultados de la encuesta objetivaron una mejoría tanto en la motivación intrinseca como en el apoyo directivo. La carga de trabajo se sigue evidenciando como alta. Estandar 80%. Fuente: Supervisión, figura de tutora. Método de obtención; Cuestionario CVP-35.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora establece como medidas pendientes seguir mejorando las instalaciones del área de entrenamiento. Los resultados de los cuestionarios han sido favorables al proyecto, se trata de un proyecto sostenible y eficiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1327 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1327

1. TÍTULO

AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES NO TECNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Nº de registro: 1327

Título
AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES NO TECNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
PES LAGUNA MARIA MAR, GARCES HORNA SILVIA, LOPEZ MARTINEZ MANUEL MARIA, AMIGO ROMEO IAGO, PERNA SIURANA JESICA, JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES, PARRILLA HERRANZ PEDRO, PEREZ ARDISA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Nuestro Sistema Nacional de Salud cuenta con diferentes recursos que deben atender a la población en situaciones de urgencia, a través de los servicios de urgencias hospitalarios. La coordinación entre todos los miembros que forman el equipo de urgencias, es vital para llegar a la excelencia en la calidad de atención al paciente. Debido a la diversidad es complejo. Por ello, debemos entrenar competencias para el trabajo en equipo.

Una de las debilidades y amenazas detectadas para una unidad de pacientes críticos como el servicio de Urgencias son el gran número de contratos que se realizan para periodos cortos o muy cortos. El movimiento de personal es continuo y la casuística variada.

En la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020 en su primera Línea estratégica dice;
“Incorporar líderes clínicos que promuevan la implantación, desarrollo y evaluación de prácticas clínicas seguras en los centros/unidades. Difundir de forma periódica las recomendaciones actualizadas para evitar los cuidados sanitarios innecesarios, de escaso valor o perjudiciales para el paciente.”

RESULTADOS ESPERADOS
Dotar al equipo de urgencias (enfermería, medicina y personal no sanitario) de los conocimientos/habilidades necesarias para prestar una atención de calidad y seguridad clínica al paciente ante situaciones urgentes y emergentes.
1. Recordar los conceptos básicos aplicados en urgencias y emergencias en los diferentes ámbitos de la urgencia.
2. Desarrollar habilidades no técnicas como son trabajo en equipo, comunicación eficaz, liderazgo.
3. Adquirir destreza con las técnicas innovadoras.
4. Afianzar los conocimientos para desarrollar el trabajo en equipo ante el Código ICTUS, Código INFARTO y Código SEPSIS.

MÉTODO
1. Puesta en marcha del grupo de trabajo te´cnico-funcional para definicio´n y seguimiento del proyecto. (abril 2019)
2. Definición del plan de entrenamiento, competencias vinculadas, indicadores de proceso, de resultado e impacto en salud, en el Área de Urgencias, segmentado por puesto de trabajo y categoría profesional. (abril 2019)
3. Definición técnica de la solución innovadora para la creación del área de entrenamiento de gestión de análisis. (abril 2019)
4. Definición de la memoria técnica para el acondicionamiento de los escenarios demostradores definidos en el proyecto. (abril 2019-marzo 2020)
5. Definición de la dotación tecnológica de ambos escenarios demostradores incluyendo material inventariable y fungible. (A lo largo de todo el proyecto)
6. Inventariado y etiquetado de la dotación de ambos escenarios demostradores. (A lo largo de todo el proyecto)
7. Demostración y evaluación de la solución tecnológica integrada en los escenarios demostradores. (A lo largo de todo el proyecto)
8. Perfeccionamiento y desarrollo progresivo de la solución tecnológica.
9. Formación de formadores.
10. Sesiones para desarrollo competencial de habilidades no técnicas (trabajo en equipo, comunicación eficaz,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1327

1. TÍTULO

AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES NO TECNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

liderazgo, análisis de la situación), todas se llevarán a cabo a lo largo del año 2020;
1. Sesiones sobre los diferentes códigos existentes en nuestra CC.AA, potenciando cada puesto de trabajo.
2. Sesiones sobre diferentes protocolos del servicio.
3. Dinámicas para fomentar el trabajo en equipo, madurez grupal y sentimiento de pertenencia al servicio. Siguiendo diferentes herramientas como ECRM.

INDICADORES
- Completado el acondicionamiento, la dotacio´n tecnolo´gica, la dotacio´n de material complementario inventariable y la dotacio´n de material fungible, de los Escenarios propuestos.
- Encuesta preproyecto para analizar situación actual del equipo de urgencias (satisfacción laboral, con el equipo, sentimiento de pertenencia). Estandar 80%
- Encuesta postproyecto (satisfacción laboral, con el equipo, sentimiento de pertenencia). Estandar 80%

DURACIÓN
Comienzo del proyecto abril 2019, se realizará a lo largo de todo el año 2019.
Actividades de entrenamiento planificadas; Abril 2019, mayo 2019, sucesivamente y según necesidades 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 - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Fecha de entrada: 23/02/2020

2. RESPONSABLE ..... PEDRO GIL MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARELA ESPIN JOAQUIN
GARETA ALQUEZAR CLARA
MALLEN MATEO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
(IV: interconsulta virtual).
-Difícil organización interna de nuestro Sº para dejar un staff encargado de las IV, al menos 3 puestos/semana, en full time toda la mañana, liberándolo de actividad quirúrgica, consulta externa o pase de visita. Desde 1/2020 esta actividad se realiza miércoles, jueves y viernes en HGDZ a la vez que se procede al pase de visita y dar de alta a los pacientes postoperados urológicos en dicho Centro.
-Creación de base de datos donde se reflejan todas las IV realizadas desde At. Primaria.
-Cuantificación de las consultas remitidas: aprox. 500 interconsultas virtuales/mes (30-40/día). Se responden IV de los 20 centros de Salud del Sector Zaragoza II.
-Se responde a las IV, con la premisa advertida cuando empezamos (2016) de intentar devolver a At Primaria (resolver sin cita) aprox. un 20% de IV.
-Valoración de forma individual de la necesidad de algún algoritmo nuevo (distinto a los 10 ya existentes) para manejo conjunto At. Primaria/Urología de las distintas patologías urológicas, o bien problemas con alguna patología en concreto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A lo largo del 2019 (entre 1/ene y 31/dic) hemos contestado 5.810 IV, 896 de ellas resueltas sin cita (15,4%).
Desglose por meses:
-Ene 2019: 545 interconsultas solicitadas desde At Primaria y valoradas por Urología. 12,8% resueltas sin cita.
-Feb 2019: 510 interconsultas. 15,6% resueltas sin cita.
-Mar 2019: 504 interconsultas. 16% resueltas sin cita.
-Abril 2019: 473 interconsultas. 16,4% resueltas sin cita.
-Mayo 2019: 523 interconsultas. 17,7% resueltas sin cita.
-Junio 2019: 437 interconsultas. 16,2% resueltas sin cita.
-Julio 2019: 460 interconsultas. 12,8% resueltas sin cita.
-Ago 2019: 386 interconsultas. 16% resueltas sin cita.
-Sept 2019: 473 interconsultas. 15,2% resueltas sin cita.
-Oct 2019: 574 interconsultas. 13,9% resueltas sin cita.
-Nov 2019: 520 interconsultas. 15,5% resueltas sin cita.
-Dic 2019: 405 interconsultas. 17% resueltas sin cita.
Solemos encontrar problemas con la devolución de pacientes a At. Primaria en el algoritmo "manejo de la masa intraescrotal", por el miedo a existir patología neoplásica testicular subyacente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Importancia de las reuniones periódicas entre AT. primaria y Urología en los distintos Centros de Salud, para valorar disfuncionalidades y corregirlas.
-Existe correlación evidente entre los recursos de Urología destinados a la interconsulta virtual (puesto de urólogo/semana) y la calidad de nuestra respuesta.

7. OBSERVACIONES.
¿Durante cuántos años se puede ir enviando acualizaciones de un mismo proyecto?

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1243 ========== ***

Nº de registro: 1243

Título
CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Autores:
GIL MARTINEZ PEDRO, CARELA ESPIN JOAQUIN, MALLEN MATEO EVA, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, RONCALES BADAL ANGEL,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Comunicación entre varios niveles asistenciales
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La relación entre Atención Primaria y Atención especializada es una de las bases fundamentales para el buen funcionamiento del sistema público de Salud.

Por otra parte, las nuevas tecnologías nos ofrecen la oportunidad de establecer interconsultas virtuales que agilicen todo el proceso de intercomunicación entre ambos niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar el manejo de las patologías urológicas sencillas más prevalentes en Atención Primaria, para disminuir el número de derivaciones a atención especializada urológica.

De esta se podrá evitar las molestias al paciente derivadas de acudir a otro nivel asistencial, y cuando sea necesaria dicha derivación que sea más precoz.

MÉTODO
-Elaboración de protocolos clínicos de manejo en Atención primaria así como de derivación a especializada de las patologías urológicas más prevalentes.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo.

INDICADORES
-Disminución del Nº de derivaciones desde Atención Primaria a Urología jerarquizada.

-Nº de interconsultas telemáticas efectuadas.

DURACIÓN
Cronograma previsto:

-Elaboración de protocolos clínicos: abril a mayo 2017.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS: abril 2017.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo: abril 2017.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales: junio 2017.

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 - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1490

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANGEL BORQUE FERNANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESPILEZ ORTIZ RAQUEL
MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES
CORBATON GOMOLLON DAVID
RODRIGUEZ VALLE ANA
RELLO VARAS LUIS
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA
GIL SANZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar, "ASESORAMIENTO GENÉTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA" (AsGeCaP): Urología, Bioquímica, Oncología Médica, Oncología Radioterápica. Esta actividad se ha realizado con éxito en el primer semestre de 2019 y más allá se ha propuesto a la Unidad de Calidad Asistencial de nuestro hospital la Solicitud de reconocimiento de Grupo Clínico de Trabajo Interdisciplinar: ASGECAP (Asesoramiento Genético en Cáncer de Próstata), con fecha 21 de noviembre de 2019, estando pendiente de resolución. Actividad prevista en el intervalo: Ene--Jun. 2019

2.- Realización de "Protocolo sobre Asesoramiento Genético y Cáncer de Próstata, Sector Zaragoza II". Nuevamente esta actividad prevista se ha realizado con éxito siendo aprobado el protocolo por la Comisión de Tecnología en Junio 2019 con el código de identificación: Z2-595-19 (https://zaragoza2jboss.salud.aragon.es/intranetz12/index.jsp/app.4/mod.repodoc/mem.detalle_documento/id.1423/chk.bc9f3c4 b71bb52b12bcf2905db3d141b.htm). Actividad prevista en el intervalo: Ene--Jun. 2019

3.- Activación de consulta específica en Urología (agenda: GUROAG) desde la que centralizar la identificación de pacientes y remisión a Sº Bioquímica, Unidad Genética. Actividad igualmente realizada con éxito y puesta en marcha con fecha 28 de febrero de 2019. Actividad prevista en el intervalo: Ene--Mar. 2019. Recursos empleados: adquisición de escáner digital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Protocolo asistencial: se estableció un periodo de 6 meses para su realización y se ha cumplido, de hecho en junio 2019 ya estaba aprobado por la Comisión de Tecnología.
- Apertura de la agenda ASGECAP: se estableció su apertura en el primer trimestre de 2019, y en febrero ya estaba activada y con pacientes citados.
- Diseño de base de datos: se ha diseñado una BD con MS-Access 2016 para la recogida de casos. Comprende un total de 34 variables de interés y actualmente incluye 38 pacientes a estudio.
- Consulta de Urología, Agenda ASGECAP: En estos 12 meses de existencia y con una pretendida periodicidad mensual, se ha desarrollado en tan sólo 7 ocasiones (58% de lo previsto), con una mediana de 8 pacientes visitados en cada jornada, totalizando 54 pacientes atendidos, con 3 errores de citación (5%).
- De los 38 pacientes en la base de datos: 7 (18%) fueron estudiados como candidatos a vigilancia activa, 3 (8%) eran cánceres de próstata hormono-sensibles metastásticos y 2 (5%) resistentes a castración metastásicos, 9 procedían de un diagnóstico < 55 años (24%, dos de ellos candidatos a vigilancia activa), 2 (5%) de un entorno de cáncer de mama-ovario (1 de ellos además candidato a vigilancia activa y menor de 55 años) y 14 (37%) de cáncer de próstata hereditario, te de ellos con algún criterio asociado previo, y sólo 1 de un entorno de síndrome de Lynch.
- Cuarenta y seis pacientes pacientes han sido estudiados en la Sección de Genética del Servicio de Bioquímica desde el inicio del proyecto, estando 3 de ellos pendientes del resultado: 20 (46,5%) han presentado un resultado 'no informativo', en 21 (48,8%) se ha detectado un variante de significado incierto, y en 5 (11,6%) hemos encontrado una variante patogénica, concretamente 1 mutación BRCA2, 2 CHECK2 y 2 MUTYH.
- De los 3 niveles de prioridad para la realización del informe: 19 sujetos a estudio (44,2%) eran de prioridad Alta (mediana de tiempo al informe: 1,4 meses; rango: 0,4-3 m. / Proyectado: 30 días; mín.-máx.: 15-60 días), 15 (34,9%) de prioridad Intermedia (mediana al informe: 2,6 meses; rango: 0,9-6 m. / Proyectado: 90 días; mín.-máx.: 45 días-6 meses), y prioridad Baja 9 casos (20,9%) (mediana al informe: 3,5 meses; rango: 0,4-9,1 m. / Proyectado: 6 meses; mín.-máx.: 3-9 meses).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Hemos logrado un alto índice de operatividad e interacción entre los diferentes actores implicados, logrando un rápido y eficiente consenso el la redacción del Protocolo asistencial que guía este proyecto. Todo ello ha facilitado la armonización asistencial y flujo de pacientes entre los diferentes servicios.
- La consulta ASGECAP ha presentado un uso inferior al esperado, sólo 7 de 12 potenciales oportunidades en un año. Y es posible que se deba incluso aumentar su periodicidad mensual.
- El beneficio obtenido con 11,6% de hallazgos patogénicos justifica su existencia, y sitúa nuestros resultados en el límite superior de los hallazgos de la literatura.
- Los tiempos de espera en los pacientes con prioridad Alta e Intermedia todavía no están en su nivel óptimo pero muy próximos, a diferencia de los de prioridad Baja que presentan una respuesta muy rápida. Procede un intento de redistribución de estos intervalos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1490

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

- El flujo de inclusión de pacientes en la base de datos se sitúa algo por detrás de la práctica asistencial 38 de 51 pacientes atendidos (74%). Es un proceso que consume un tiempo extra con 34 variables por caso además del escaneo del árbol genealógico, y que hemos de buscar la forma de optimizarlo.
- El resultado global en un ámbito tan novedoso en el que el proceso asistencial se ha creado de cero, sin ninguna experiencia a reproducir por inexistente, es ampliamente satisfactoria a mitad de nuestro Acuerdo de Gestión. Nos situamos por encima de lo esperado en la mejor de las expectativas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1490 ========== ***

Nº de registro: 1490

Título
IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

Autores:
BORQUE FERNANDO ANGEL, ESPILEZ ORTIZ RAQUEL, MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES, CORBATON GOMOLLON DAVID, RODRIGUEZ VALLE ANA, RELLO VARAS LUIS, MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Hombres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cáncer de próstata (CaP) es uno de los tumores más heredables con un 57% de variación del riesgo de padecerlo vinculado a factores genéticos.
Una historia familiar de CaP se asocia a un aumento del 68% de riesgo de CaP y un 72% de CaP letal. Una historia familiar de cáncer de mama supone un aumento del riesgo de CaP en un 21% y de CaP letal del 34%.
De un modo más concreto, el CaP tiene una predisposición hereditaria con especial riesgo asociado a BRCA2 y BRCA1 (asociados al síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario; CMOH) y a HOXB13 (asociado al cáncer de próstata hereditario; CaPH); así como a mutaciones de genes implicados en los mecanismos de reparación del DNA (en relación al Síndrome de Lynch; SL).
Mutaciones hereditarias principalmente en BRCA1, BRCA2 y ATM se han descubierto en hasta un 12% del CaP metastásico, con implicaciones clínicas y terapéuticas. La identificación de mutaciones en CaP hereditario tiene consecuencias en pacientes y familias y comienzan a surgir estrategias individualizadas de cribado en varones con BRCA1 y BRCA2, por aumento de riesgo de CaP más precoz y mayor mortalidad. Estas realidades hacen que pacientes de mayor riesgo genético de CaP agresivo deban ser desaconsejados para estrategias de tratamiento conservador que puedan hacer peligrar su pronóstico oncológico no percibido por factores clínicos habituales.
Ante toda esta realidad surge a nuestro juicio la necesidad de implementar el "ASESORAMIENTO GENÉTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA" para pacientes de CaP y familiares en riesgo de padecerlo, u otros tumores relacionados.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Determinar la población candidata a asesoramiento genético vinculado a CaP.
• Varones afectos de CaP que puedan beneficiarse de un asesoramiento genético que guíe su manejo y decisiones terapéuticas.
• Familiares de varones afectos de CaP en los que quepa esperar un mayor riesgo de padecer CaPH.
2. Determinar qué asesoramiento genético individualizado ofrecer a los varones que se identifican con mayor riesgo de padecer CaP.
• Proceda esta identificación de varones a riesgo de estudios familiares directamente vinculados a CaPH, o procedentes de otros síndromes familiares como CMOH, SL u otros. 3. Derivado de lo anterior promover estudio familiar si se identifica riesgo genético de cáncer hereditario.

MÉTODO
1.- Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar, "ASESORAMIENTO GENÉTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA" (AsGeCaP): Urología, Bioquímica, Oncología Médica, Oncología Radioterápica
2.- Realización de "Protocolo sobre Asesoramiento Genético y Cáncer de Próstata, Sector Zaragoza II": Indicaciones de estudio, flujo de pacientes, panel genético a evaluar, información a transmitir según

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1490

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

hallazgos.
3.- Activación de consulta específica en Urología (agenda: GUROAG) desde la que centralizar la identificación de pacientes y remisión a Sº Bioquímica, Unidad Genética.

INDICADORES
- Protocolo de actuación: Consenso del grupo de trabajo en 6 meses (mínimo 1 mes, máximo 9 meses). No hay ningún protocolo estandarizado, ni aún sugerido hasta el momento en la bibliografía internacional.
- Apertura de agenda GUROAG para selección de pacientes: apertura antes de 3 meses (mín. 1 m.- máx. 5 m.); 1 día al mes, (mín. 1 d./2 m.- máx. 2 d./m.).
- Realización de informes tras estudio genético: a) Alta Prioridad, pacientes en vigilancia activa o tumores avanzados: informe en 30 d. (mín. 15 d.- máx. 60 d.); b) Prioridad Intermedia, resto de pacientes con CaP: informe en 90 d. (mín. 45 d.- máx. 6 m.); c) Baja Prioridad, familiares de pacientes: informe en 6 m. (mín. 3 m.- máx. 9 m.).

DURACIÓN
- Diseño del protocolo de consenso: Ene.-Jun. 2019. Todo el grupo de trabajo.
- Apertura agenda de consultas de Urología: Ene.-Mar. 2019. Dres. Borque-Espílez-Corbatón-Gil Sanz.
- Diseño de base de datos para análisis de pacientes: Ene.-Mar. 2019. Dres. Corbatón-Borque.
- Actualización del protocolo: Sep.-Dic. 2019. Todo el grupo de trabajo.
- Análisis de flujo asistencial y sobrecarga. Rediseño y optimización: Sep.-Dic. 2019. Todo el grupo de trabajo.
- Análisis de primeros resultados asistenciales y científicos: Ene.-Jun. 2020. Todo el grupo.
- Externalización del protocolo. Propuesta Focuss-IACS: Ene.-Dic. 2020. Todo el grupo.

OBSERVACIONES
Aunque el Asesoramiento Genético en CaP es de interés creciente en la actualidad, no existe un proyecto definido en nuestro país en este sentido. El nuestro sería la primera iniciativa debidamente articulada en este sentido.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***