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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ	LAZARO ASPAS MARIA	2019_0326	S1	31/01/2020	IMPLANTACIÓN TEST DE ALIEMTO CONSULTA ENFERMERIA DIGESTIVO C.E.M. INOCENCIO JIMENEZ
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ	CARO REBOLLO FRANCISCO JOSE	2019_1389	F	23/01/2020	TÍTULO DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE INGRESO, DERIVACION EXTERNA Y ALTA DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INOCENCIO JIMENEZ-DELICIAS (USMAD IJ-D)
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ	GARCES RAMOS ALBA	2019_0753	S2	03/02/2020	PROGRAMA DE COORDINACION INTRAEQUIPO EN LA USMA INOCENCIO JIMENEZ Y DEFINICION DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA
Z3	AMB	USM DELICIAS	GIL HERNANDEZ MARIA NIEVES	2019_1140	S1	20/01/2020	ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS
Z3	AMB	USM DELICIAS	MORALES ROZAS ANA BELEN	2019_1307	S1	15/01/2020	EVALUACION DE LA SALUD FISICA Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PACIENTES QUE PRECISAN TRATAMIENTO CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO Y ANTIPSICOTICOS
Z3	AP	CS ALAGON	GARISA ROCHA GEMA	2018_0862	F	17/01/2020	ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	BLASCO CASTELLO CONSUELO	2018_0872	F	31/01/2020	EDUCACIÓN SALUD EN EL DIABÉTICO
Z3	AP	CS ALAGON	MAINAR LATORRE MARIA PILAR	2018_1128	F	30/01/2020	GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	MIRANDA ARTO PILAR	2019_0928	F	19/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	MAZA RODRIGUEZ CARMEN	2019_1305	S1	28/01/2020	DERMATOSCOPIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS BOMBARDA	ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL	2018_1130	F	30/01/2020	AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S. EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES
Z3	AP	CS BOMBARDA	GUTIERREZ MORENO FELIX	2019_1028	F	26/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE BOMBARDA
Z3	AP	CS BORJA	GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO	2019_0903	F	22/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE BORJA
Z3	AP	CS CARIÑENA	BONA GARCIA JAIME	2019_0194	F	08/01/2020	FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA
Z3	AP	CS CARIÑENA	ORENSANZ ALAVA AFRICA	2019_0489	F	13/01/2020	FORMACION EN PIE DIABETICO Y USO DEL DOOPLER
Z3	AP	CS CARIÑENA	GARIN PORTERO NURIA	2019_0693	F	31/01/2020	APOYO A LA CRIANZA Y MASAJE INFANTIL
Z3	AP	CS CARIÑENA	ALVAREZ LAGARES MERCEDES	2019_0818	S1	09/01/2020	HABITOS SALUDABLES Y RECOMENDACIONES POR LA RADIO
Z3	AP	CS CARIÑENA	JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA	2019_0875	F	24/01/2020	RCP-ANDO EN EL COLE
Z3	AP	CS CARIÑENA	JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA	2019_1143	S1	23/01/2020	UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RÁPIDO DE GRIPE(TDRI) EN POBLACIÓN PEDIATRICA MENOR DE 3 AÑOS O CON CONDICIONES DE RIESGO PARA GRIPE COMPLICADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA
Z3	AP	CS CARIÑENA	RIOS LAZARO MIGUEL	2019_1300	F	15/01/2020	MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CARIÑENA
Z3	AP	CS CARIÑENA	ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU	2019_1440	F	31/01/2020	APARTADO DE URGENCIAS EN EL MANUAL DE ACOGIDA DE CARIÑENA
Z3	AP	CS CASETAS	ANDRES NILSSON ANA KARIN	2018_0987	F	30/01/2020	BLOGG CENTRO DE SALUD CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	HERRERO SOLSONA PAULA	2018_0990	F	31/01/2020	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA	2019_1067	F	31/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	FERRER CASAUS ALBERTO	2019_1243	S1	27/01/2020	CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS CASETAS FISIOTERAPIA EN AP	TAPIA PEREZ ANA ISABEL	2019_0125	F	31/01/2020	CONOCE TU CENTRO
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE	2018_0733	S3	15/01/2020	EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	DUARTE CARCAS ALICIA	2018_1086	F	08/01/2020	ATENCIÓN INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	PINILLA LAFUENTE MARINA	2019_0867	S2	07/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS NORTE
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA	2019_1052	F	26/02/2020	CALIDAD DE REGISTRO DGP Y FACTORES DE RIESGO EN INSUFICIENCIA CARDIACA

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	SERRANO ANDRES MARIA PILAR	2019_1059	S1	24/01/2020	SOLEDAD NO DESEADA
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GALINDO MORALES GEMA	2018_0720	F	03/01/2020	¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	CORDOBA GARCIA RODRIGO	2018_0805	F	30/01/2020	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	RUBIO REMIRO OLGA	2018_0826	S1	03/01/2020	AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	LLORENTE FAURO MARIA PILAR	2018_0921	S3	30/01/2020	LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	AGUIRRE ABADIA NOELIA	2019_1030	S2	17/01/2020	MIS MARIPOSAS VUELAN LIBRES
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	OCHOA MONEO PURIFICACION	2019_1051	S2	27/01/2020	DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS. CS DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GARCIA SANCHEZ NURIA	2019_1135	S1	29/01/2020	UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MENOR DE 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL	2019_1139	S1	29/01/2020	EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GABAS BALLARIN MARIA PILAR	2019_1323	F	31/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS SUR
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	VAL JIMENEZ NURIA	2018_0819	F	31/01/2020	PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS DE EJEA DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	GALLEGO ROYO ALBA	2019_0982	S1	23/01/2020	ATENCION AL PACIENTE Y FAMILIAR CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: UTILIZACION DE ACTIVOS DE NUESTRA COMUNIDAD PARA EL APOYO DURANTE EL PROCESO DE DESHABITUACION
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	LABORDA EXQUERRA KATHARINA	2019_1060	S1	28/02/2020	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL CENTRO DE SALUD EJEA DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	LLERA GUERRA RAQUEL	2019_1119	S1	28/01/2020	MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EJEA DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	RIVERA FUERTES ANA MARIA	2019_1179	S1	30/01/2020	CONSULTA MONOGRAFICA:TECNICAS MINIMANETE INVASIVAS EN ATENCION PRIMARIA. CIRUGÍA MENOR E INFILTRACIONES
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	MARES CAMELIA VALENTINA	2019_1488	F	31/01/2020	CONSULTA MONOGRAFICA: HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA. BIENESTAR EMOCIONAL, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y FOMENTO ACTIVIDAD FÍSICA
Z3	AP	CS EPILA	GALAN BURILLO NURIA	2019_0305	F	13/01/2020	GESTION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA
Z3	AP	CS EPILA	FRANCO GARCIA SARAY	2019_0459	F	31/01/2020	APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE EPILA
Z3	AP	CS EPILA	LOPEZ ALONSO BEATRIZ	2019_1066	S2	27/02/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE EPILA
Z3	AP	CS EPILA	ADAN GIL FRANCISCO MANUEL	2019_1401	S1	28/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE EPILA
Z3	AP	CS EPILA FISIOTERAPIA EN AP	ASTARRIAGA CABANAS ALEJANDRO	2019_1142	F	30/01/2020	REHABILITACION COMUNITARIA, MEJORANDO LA MOVILIDAD DE NUESTROS PACIENTES
Z3	AP	CS GALLUR	LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA	2019_1122	F	31/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE GALLUR
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	BOIRA CUEVAS MARINA	2018_1358	S2	31/01/2020	PREPARACION Y MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS, CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE URGENCIAS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	BOIRA CUEVAS MARINA	2019_0201	F	31/01/2020	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	ALCAINE ALEGRE BEATRIZ	2019_0278	F	07/01/2020	PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESFIBRILADOR
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	MARTIN GOMEZ SUSANA	2019_0370	F	24/12/2019	"TU PUEDES SALVAR VIDAS". FORMACION EN RCP BASICA Y MANEJO DE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO DE LOS ALUMNOS DEL CEIP SAN JORGE (HERRERA DE LOS NAVARROS)
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	GORDO BLANCO ISABEL	2019_1257	F	07/02/2020	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	PELEGRIN INGLES FELIX	2018_0899	F	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	AMAL AMANE ABDELOUAHED	2018_0960	S2	24/01/2020	ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA	2018_0999	F	20/12/2019	TALLERES EN EL INSTITUTO Y/O ESCUELA: ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	ABENGOCHEA COTAINA BELEN	2019_1037	F	22/01/2020	PROGRAMA DE ACOGIDA A NIÑOS DE HIJOS DE TRABAJADORES TEMPOREROS
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	MANJON LLORENTE GEMA	2019_1068	S1	27/01/2020	EDUCACION PARA LA CRIANZA Y SALUD EN EL LACTANTE
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE	2019_1178	F	31/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO	2019_1241	S1	31/01/2020	PROYECTO IMPLANTACION ECOGRAFIA CLINICA EN C.S. LA ALMUNIA.CRITERIOS DE DERIVACION, AGENDA DE ECOGRAFIA Y ANALISIS DE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE ECOGRAFIAS REALIZADAS EN AP Y AH
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MARCO OLLOQUI MONICA	2018_1324	S2	19/01/2020	PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS	2018_1435	F	30/01/2020	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA	2018_1453	F	31/01/2020	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2015-2019
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES	2018_1564	F	28/01/2020	HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MINGUEZA MOZAS ANA ISABEL	2019_1034	S1	28/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBBIOTICOS EN EL EAP DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS ADMISION Y DOCUMENTACION	GASCON VAL MARIVEL	2019_1058	F	17/01/2020	MEJORAR EL PROCESO DE EXTRACCION DE SANGRE A DOMICILIO
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	SANCHEZ NAVARRO SUSANA	2019_0495	F	25/01/2020	IMPLEMENTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA	2019_0521	F	27/12/2019	UNA EXCURSIÓN SALUDABLE
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	SANCHEZ GARCIA ALICIA	2019_0990	F	23/12/2019	IMPLEMENTACION CALENDARIO VACUNAL EN EL ADULTO C.C MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	LOMBAR GIMENO MARIA JOSE	2019_0992	S2	08/01/2020	ATENCIÓN URGENTE AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	MAGAÑA JULIAN ELENA	2019_1031	F	24/01/2020	CONTROL Y GESTIÓN DEL ALMACÉN, MATERIAL FUNGIBLE Y FARMACOLÓGICO DEL C.S. MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	ACIN LACASA MARTA	2019_1063	F	24/01/2020	ADECUACIÓN DEL MALETÍN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO	2019_1106	F	15/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS OLIVER	LOPEZ GRANADA MANUEL	2016_1320	F	26/01/2020	PASEOS SALUDABLES EN EL PARQUE OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL	2018_1090	S2	23/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	GASCON BRUMOS CARMEN	2018_1156	F	03/02/2020	RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	MARTINEZ ASENSIO SUSANA	2018_1184	S1	30/01/2020	FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES
Z3	AP	CS OLIVER	ESCRIBANO PARDO DANIEL	2019_1006	S1	21/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	SANZ ABOS EVA MARIA	2019_1100	F	30/01/2020	MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO EN C. S. OLIVER 2019
Z3	AP	CS OLIVER	CASADO VELILLA MARIA ISABEL	2019_1104	F	30/01/2020	MEJORA EN CONTROL DE AUTOCONTROLES GLUCEMICOS Y DISPENSACION DE MATERIAL DIABETICO 2019
Z3	AP	CS OLIVER	LOZANO JOSA SUSANA	2019_1168	S1	31/01/2020	REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD OLIVER 2019
Z3	AP	CS OLIVER	HERNANDEZ GARCIA ANA ISABEL	2019_1172	F	30/01/2020	DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE OLIVER 2019
Z3	AP	CS SADABA	MARIN MURILLO PILAR	2018_0838	F	10/01/2020	COMPLETAR LA DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE SADABA
Z3	AP	CS SADABA	ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA	2018_0903	F	29/01/2020	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA
Z3	AP	CS SADABA	ESPINOZA MOSQUERA PAUL	2019_1095	F	29/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							DE ANTIBIOTICOS EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE
Z3	AP	CS SADABA	LABORDA EZQUERRA ROSARIO	2019_1141	S2	23/01/2020	VIOLENCIA DE GENERO, ESTRATEGIAS PARA PREVENCION EN ADOLESCENTES
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL	2018_0658	F	30/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATÓLICO
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	VIELBA DUEÑAS BEATRIZ	2019_0658	S1	21/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS
Z3	AP	CS TARAZONA	BELLOSO RODANES MARIA ISABEL	2019_0629	S2	25/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE TARAZONA
Z3	AP	CS TARAZONA	LASHERAS GARCIA JULIA	2019_0735	F	07/01/2020	RCP BASICA, OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP BASICA Y UTILIZACIÓN DEL DESFIBRILADOR EN ESCOLARES
Z3	AP	CS TARAZONA	GARCIA HUERTA EMILIA	2019_0882	F	14/01/2020	TRANSFERENCIA HISTORIAS CLINICAS ZONA RURAL
Z3	AP	CS TARAZONA	PEÑA LEON IRENE	2019_1011	F	30/01/2020	SEGUIMOS ORGANIZANDO EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS TARAZONA	COSCOLIN GARCIA MARIA PILAR	2019_1435	S1	29/02/2020	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA. TELEDERMATOLOGIA
Z3	AP	CS TARAZONA SALUD BUCODENTAL	MARTINEZ MARCO ESTRELLA	2019_0600	S1	23/12/2019	PREVENCION DE MALOCLUSION Y HABITOS BUCODENTALES EN NIÑOS DE 4-5 AÑOS
Z3	AP	CS TAUSTE	BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL	2018_0671	F	24/01/2020	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO EN DERMATOSCOPIA EN EL EAP DE TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE	2018_0763	S2	29/01/2020	MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	GUILLEN GALVE MARIA	2018_0788	F	29/01/2020	SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INFANTIL
Z3	AP	CS TAUSTE	MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA	2019_1167	F	16/01/2020	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EAP TAUSTE
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	MILLAN SOBRINO ESTELA	2019_0674	F	30/01/2020	PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	SORIA CASTRO ALBERTO	2019_1085	S1	27/02/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE UNIVERSITAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	AZNAR TEJERO PILAR	2019_1145	S2	27/02/2020	PROYECTO DE MEJORA DE IC EN AP
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	MATA BORDONABA MARIA DEL ROSARIO	2019_1148	S1	27/02/2020	PASEOS CARDIOSALUDABLES Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS
Z3	AP	CS UTEBO	GASTON FACI ANA	2018_1038	S2	29/01/2020	PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO
Z3	AP	CS UTEBO	OLMO PEREZ MARIA ELENA	2019_1249	S1	28/01/2020	EDUCANDO EN SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA
Z3	AP	CS UTEBO	GASTON FACI ANA	2019_1302	F	29/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE UTEBO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BUIL LANGARITA SUSANA	2019_0963	S1	27/12/2019	HUMANIZACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARRANCO OBIS PATRICIA	2019_1040	F	19/01/2020	PROYECTO MEJORQA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS	2019_1061	S2	16/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE LA SALUD COMUNITARIA CON DIETA MEDITERRÁNEA Y EJERCICIO FÍSICO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARCENA CAAMAÑO MARIO	2019_1248	F	25/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO	2019_1349	F	30/01/2020	NUEVO SISTEMA DE GESTION DE LAS ANALITICAS (CITALAB), FASE PREANALITICA EN EL EAPS VALDEFIERRO 2019
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLARES ANDRES ROSA ISABEL	2019_1354	S2	04/02/2020	ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN	2019_1457	S1	09/01/2020	CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABAQUICA DE ENFERMERÍA
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2018_0052	F	31/01/2020	CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2019_1319	S1	28/01/2020	DERMAP/DERMATOAP
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	SARASA BELLOSTA CRISTINA	2019_1322	S1	28/01/2020	PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	PESCADOR YAGÜE MARIA	2019_1364	F	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA PARA LA TRAMITACIÓN DE TRASLADO EN

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 297 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
			CARMEN				AMBULANCIA
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS	2019_0299	F	28/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO MONCAYO NEUMOLOGIA	ANEL GRACIA SILVIA	2019_1363	S1	31/01/2020	CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	SEVA FERNANDEZ ANTONIO	2019_1136	S1	19/01/2020	COORDINACIÓN DE SALUD MENTALCON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	VILLAS PEREZ EVA	2019_1298	F	26/01/2020	ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	TARI GARCIA ANTONIO	2019_1310	S1	27/12/2019	PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	FERRER DUFOL CARMEN	2019_1333	F	17/01/2020	PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR REHABILITACION DE PSIQUIATRIA	PEREZ BERGES MIGUEL ANGEL	2019_1246	F	14/01/2020	PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCION MECANICA EN UME-ALONSO PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCION
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR UME ALONSO V	MARTIN GRACIA ANDRES	2019_0943	F	15/01/2020	PSICOEDUCACION FAMILIAR PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR EL PRONOSTICO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CRP NTRA SRA DEL PILAR DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ALERGOLOGIA	SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA	2019_0571	F	31/01/2020	INMUNOTERAPIA PRECOZ CON HUEVO PASTEURIZADO EN LACTANTES DIAGNOSTICADOS DE ALERGIA A PROTEINAS DE HUEVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ALERGOLOGIA	CUBERO SALDAÑA JOSE LUIS	2019_0602	F	14/01/2020	NOTIFICAR PARA MEJORAR: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE APOYO A LA NOTIFICACION DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE ALERGIA DEL HOSPITAL CLINICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ALERGOLOGIA	LOZANO ANDALUZ SOFIA VICTORIA	2019_0604	F	14/01/2020	IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE DESENSIBILIZACION A QUIMIOTERAPICOS Y FARMACOS BIOLOGICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	BLANZACO ACIN ZULEMA ESTHER	2019_0567	F	24/01/2020	ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLOS PARA BIOPSIAS PEQUEÑAS Y CITOLOGÍAS DE MAMA Y PULMÓN EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	MEJIA URBAEZ ELAINE	2019_0751	F	17/01/2020	ESTANDARIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN EL ESTUDIO CITOLÓGICO DE LA PATOLOGÍA RESPIRATORIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	FLORIA TRUC LIDIA	2019_0860	F	14/01/2020	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE BLOQUES CONTROL PARA INMUNOHISTOQUIMICA, ENMARCADO EN LA NORMA ISO 15189
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA	2019_0081	F	06/01/2020	ELABORACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UNA BASE DE DATOS INFORMATIZADA EN LA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO PARA EL REGISTRO DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX	2019_0281	F	26/02/2020	PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NAUSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE	2019_0320	F	14/01/2020	VIDEO DE MONTAJE DE LA BOMBA DE INFUSION RAPIDA (BIR) EN EL BLOQUE QUIRURGICO DURANTE SITUACIONES DE URGENCIA DE SANGRADO MASIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	CALLAU CALVO AURORA	2019_0394	F	31/01/2020	CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA. IMPLEMENTACIÓN DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA	2019_0462	F	31/01/2020	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO PARA LA RECOGIDA DE DATOS ANESTESICOS DURANTE LA REALIZACION DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. (MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN PACIENTE SOMETIDO A TEC)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	ALBERICIO GIL BELEN	2019_0679	S1	22/01/2020	PROTOCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	GUILLEN ANTON JULIA	2019_1017	F	31/01/2020	MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	GIL CLAVERO SERGIO	2019_1282	F	31/01/2020	CREACIÓN DE UNA BASE DE DATOS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE PREHABILITACIÓN DEL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	CARBONELL ROMERO MARIA	2019_1391	S1	22/01/2020	PROTOCOLO DE ANALGESIA CON REMIFENTANILO PARA EL TRABAJO DE PARTO

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	ARBUES ABAD ELENA	2019_1201	F	31/01/2020	INSERCIÓN Y CUIDADOS DEL MARCAPASOS PROVISIONAL TRANSVENOSO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	LARA NAVARRO EMMA MARIA	2019_0271	F	31/01/2020	MODULACION DE LA DEMANDA DE MARCADORES TUMORALES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	RUIZ BUDRIA JOSE	2019_0741	F	31/01/2020	INTRODUCCION DEL VALOR DE REFERENCIA DEL CAMBIO EN LOS PARAMETROS ANALITICOS DE BIOQUIMICA AUTOMATIZADA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	APARICIO PELAZ DIEGO	2019_0747	F	31/01/2020	MONITORIZACION DE LA TEMPERATURA EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE CENTROS PERIFERICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	ARRUEBO MUÑIO MARIA	2019_0803	F	20/12/2019	AUTOMATIZACIÓN DE LA IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEÍNAS SÉRICAS POR NEFELOMETRÍA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	SOLE LLOP MARIA ESTHER	2019_1129	F	26/01/2020	ESTABLECIMIENTO DEL INTERVALO DE REFERENCIA BIOLOGICO PARA LA VITAMINA B12 Y ACIDO FOLICO EN LA POBLACION DE ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BLOQUE QUIRURGICO	CALVO LATORRE ARACELI	2019_0958	F	30/01/2020	DISEÑO Y ELABORACIÓN DE FICHAS DE CONSULTA PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS URGENTES EN EL HCULB
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BLOQUE QUIRURGICO	ROQUES MATA MARIA CARMEN	2019_1463	S1	30/01/2020	IMPLEMENTACION DE GUIAS DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO, DIRIGIDAS A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION Y ESTUDIANTES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	ALAMEDA SERRANO JAVIER	2019_0260	F	27/01/2020	OPTIMIZACION DE DERIVACION ATENCION PRIMARIA - CARDIOLOGIA MEDIANTE EL USO DE LA INTERCONSULTA ELECTRONICA: ALTA RESOLUCION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	FERREIRA AGUAR ANA ISABEL	2019_0395	F	09/01/2020	ELABORACION DE UN CURSO/TALLER PARA DIVULGACION DEL PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA ENTRE LOS MEDICOS Y ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	RIAÑO ONDIVIELA ADRIAN	2019_0400	F	08/01/2020	VALORACION CARDIOLOGICA PREVIA AL TRASPLANTE HEPATICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO	2019_0439	F	08/01/2020	IMPLEMENTACION DE LA RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	LINARES VICENTE JOSE ANTONIO	2019_0533	S1	28/01/2020	CONSULTA DE PRE-EVALUACIÓN DE IMPLANTE PERCUTÁNEO TRANSCATETER DE VÁLVULA AÓRTICA (PRETAVI)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	REVILLA MARTI PABLO	2019_0895	F	28/01/2020	PROTOCOLIZACIÓN DEL ESTUDIO GENÉTICO EN LAS CARDIOPATÍAS FAMILIARES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	LOPEZ CUARTERO PILAR	2019_1003	S1	24/02/2020	CHECK-LIST DIGITALIZADO DEL APARATAJE EN ESTANCIAS HOSPITALARIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	JIMENEZ MELO OCTAVIO	2019_1008	F	29/01/2020	PROGRAMA DE INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR (ENFERMERIA Y CARDIOLOGIA) EN EL PACIENTE AMBULATORIO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DEL CME MONCAYO. SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	LUKIC OTANOVIC ANTONELA	2019_1041	S1	24/02/2020	MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	MELERO POLO JORGE	2019_1127	S1	17/01/2020	SEMINARIOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REFORZANDO EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	MARTINEZ LABUENA ANA	2019_1284	S1	31/01/2020	PROTOCOLIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓNAURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	JIMENEZ BERNADO ALFREDO	2019_0049	S1	16/01/2020	CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ELIA GUEDEA MANUELA	2019_0151	F	01/01/2020	PLAN CONTROLADO DE EJERCICIO FISICO Y LEVANTAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA POR CANCER COLO-RECTAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SANCHEZ BLASCO LAURA	2019_0239	F	30/01/2020	INFORMATIZACIÓN DEL PROTOCOLO QUIRÚRGICO EN UNIDAD DE MAMA (UMAC) DEL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SOLER LANZUELA FRANCISCO	2019_0374	F	29/01/2020	REALIZACIÓN DE UNA HOJA DE ACOGIDA CON INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 297 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							LOZANO BLESA DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	DIARTE ABENIA MARIA CARMEN	2019_0554	S1	24/12/2019	ELABORACION DE DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES DIETETICAS PARA EL PACIENTE SOMETIDO A UNA INTERVENCION, QUE CONLLEVE LA REALIZACION DE UN ESTOMA DE ELIMINACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	LATORRE SAHUN ALBERTO	2019_0390	F	19/01/2020	PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA EN NUESTRO MEDIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CONSULTAS EXTERNAS	MARTINEZ LASARTE CRISTINA	2019_1329	F	15/01/2020	ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE MANEJO Y LECTURA DE HOLTER ELECTROCARDIOGRÁFICO QUE GARANTICE LA FIABILIDAD DE RESULTADOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DERMATOLOGIA	ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL	2019_0433	F	23/01/2020	MAPEO CORPORAL DIGITAL DE LESIONES PIGMENTADAS EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DERMATOLOGIA	DE LA FUENTE MEIRA SONIA	2019_0435	F	26/01/2020	PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTAS VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA. TELEDERMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR	2019_0775	F	28/01/2020	REVISIÓN DIETÉTICA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CELIACOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	IRIGOYEN CUCALON LUIS	2019_0160	F	23/01/2020	DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO CENTRALIZADO EN CONSULTA ESPECÍFICA DE ENDOCRINOLOGÍA DE LOS PACIENTES CON HF EN EL SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	GIMENO ORNA JOSE ANTONIO	2019_0162	S2	23/01/2020	CREACIÓN DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A REDUCIR EL RIESGO VASCULAR RESIDUAL DE PACIENTES CON DIABETES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	BLASCO LAMARCA YOLANDA	2019_0445	F	30/01/2020	ELABORACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA SUPRARRENAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENFERMEDADES INFECCIOSAS	MORTE ROMEA ELENA	2019_0343	F	28/01/2020	CONSOLIDACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CONENDOCARDITIS (ENDOCARDITIS TEAM)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENFERMEDADES INFECCIOSAS	SIERRA MONZON JOSE LUIS	2019_1316	S1	31/01/2020	IDENTIFICACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENFERMEDADES INFECCIOSAS	SIERRA MONZON JOSE LUIS	2019_1316	S1	31/01/2020	IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENFERMEDADES INFECCIOSAS	SANJOAQUIN CONDE ISABEL	2019_1456	S2	31/01/2020	CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	BONAGA SERRANO BEATRIZ	2019_0042	F	20/12/2019	OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE ANTIBIOTICOS EN UCI
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	ARENERE MENDOZA MERCEDES	2019_0807	F	28/01/2020	MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE LOS ANTIMICROBIANOS DE ALTO VALOR ESTRATEGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	GIMENO GRACIA MERCEDES	2019_0837	F	21/01/2020	PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DISPENSACION MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS DEL H CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA AL C.SANITARIO EJEA MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA	GARCIA ROMERO ALEJANDRO	2019_0411	F	22/01/2020	IMPLEMENTACION DEL FLUJO DE TRABAJO DE DOSIMETRIA CLINICA SIN FICHA EN PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE FISICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GAVIN SEBASTIAN OLGA	2019_0223	F	25/12/2019	OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL PACIENTE ONCOLOGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	DOBON REBOLLO MANUELA	2019_0360	F	29/01/2020	EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MORENO CHULILLA JOSE ANTONIO	2019_1337	F	18/01/2020	CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMODIALISIS	CALLIZO PEQUERUL LAURA	2019_0657	F	27/01/2020	CREACION DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS Y COMPLICACIONES EN LOS ACCESOS VASCULARES DE LOS ENFERMOS RENALES CRONICOS EN TTº CON HEMODIALISIS EN LA UNIDAD DEL HCU LOZANO BLESA Y CME I. JIMENEZ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO	TORRES SAIZ ALICIA	2019_1062	S1	24/01/2020	PROYECTO ARCO IRIS: HUMANIZACIÓN EN HOSPITAL DE DÍA Y AISLAMIENTO ONCOHEMATOLÓGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO INMUNOLOGIA	NOCITO COLON MARIA MERCEDES LOURDES	2019_0926	F	20/12/2019	DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA DEL TRABAJO	PUENTE COLINA ALBERTO	2019_0861	S1	24/01/2020	GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA DEL TRABAJO	ZUECO GARCIA ELENA	2019_1157	F	31/01/2020	MEJORA DE LA GESTION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLOGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	VICENTE LOPEZ MARTA	2018_1286	F	24/02/2020	IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LAINSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	OBON AZUARA BLANCA	2019_0040	F	20/12/2019	MEDICINA INTENSIVA POR EL COMPROMISO CON LOS PACIENTES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	ROMANOS CALVO BEATRIZ	2019_0120	F	30/01/2020	MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UCI MEDICA DEL HOPITAL CLINICO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	RIDRUEJO SAEZ RAQUEL	2019_0371	F	21/12/2019	MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN UCI
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL	2019_0690	S2	28/01/2020	CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CRITICO TRAS EL ALTA DE UCI QUIRURGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	FUERTES SCHOTT CAROLINA	2019_0752	S1	08/01/2020	OPTIMIZACION EN LA INDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	BARCELO CASTELLO MIREIA	2019_0880	F	16/01/2020	INDICADORES DE CALIDAD EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO DENTRO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	LOPEZ NUÑEZ CARLOS	2019_1004	F	31/01/2020	PROYECTO Nº 810: CESE MEDIDAS AISLAMIENTO EN MEDICINA CRITICA 2019
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	EZQUERRA BIESCAS JOSE MIGUEL	2019_1256	F	24/02/2020	MANUAL DE ACOGIDA PARA EL TCAE EN LA UCI-MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	MORA RANGIL PATRICIA	2019_1279	F	25/01/2020	DA A TU PACIENTE UN "FAST HUG"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	RUBIO GRACIA JORGE	2019_0665	F	22/01/2020	EMPLEO DE SUERO SALINO HIPERTONICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN MEDICINA INTERNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	SANCHEZ MARTELES MARTA	2019_0766	F	27/01/2020	EMPLEO DE HIERRO ENDOVENOSO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN MEDICINA INTERNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	RUIZ LAIGLESIA FERNANDO	2019_0829	F	21/01/2020	PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	JORGE SAMITIER PABLO	2019_0840	S1	15/01/2020	PROTOCOLO DE ATENCION Y PREVENCION DEL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	VALLES VILLAGRASA EVA	2019_0984	F	30/01/2020	HIGIENE BUCAL EN EL PACIENTE CON DÉFICIT DE AUTOCUIDADO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	RODRIGUEZ IBAÑEZ RUBEN	2019_1001	S1	29/01/2020	MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	ALMERIA FERNANDEZ EUGENIA	2019_1029	F	20/12/2019	ACTUALIZACION DEL MATERIAL AUDIOVISUAL (POWER POINT) DEL "TALLER DE CUIDADORES" DEL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	RODRIGO AYLAGAS MARIA PILAR	2019_1043	F	30/01/2020	RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	RODRIGO AYLAGAS MARIA PILAR	2019_1043	F	31/01/2020	RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA NUCLEAR	PRATS RIVERA ENRIQUE	2018_1016	F	27/02/2020	PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	HERNANDEZ GARCIA IGNACIO	2019_0517	F	14/01/2020	MEJORA DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN LA CONSULTA DE VACUNAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	MOLINER LAHOZ JAVIER	2019_0660	F	31/01/2020	ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE REGISTRO Y ANALISIS DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO	2019_1317	F	30/01/2020	REESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD	2019_0098	F	08/01/2020	CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO Y AL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DIRIGIDO DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	VIDAL GALINDO MARIA ESTHER	2019_0175	F	14/01/2020	CONSERVACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	GIL TOMAS JOAQUINA	2019_0215	F	29/01/2020	ELABORACION DE INFORMES SEMANALES SOBRE LA SITUACION DE LAS INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIOS EN LA TEMPORADA DE GRIPE (DIRIGIDAS AL HOSPITAL)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	BENITO RUESCA RAFAEL	2019_0324	F	09/01/2020	DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZODE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ALGARATE CAJO SONIA	2019_0667	F	30/01/2020	IMPLEMENTACIÓN DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO MICROBIOLÓGICO EN MENINGOENCEFALITIS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	CONDADO CONDADO HECTOR	2019_0684	F	28/01/2020	ELABORACIÓN DE UN CARTEL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS GENITALES PARA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SANCHEZ YANGÜELA ELENA	2019_0884	F	10/01/2020	ELABORACION DE INFORMES A LAS 24H DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS UROCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGIA	MERIDA DONOSO ANCHEL	2019_0791	F	13/01/2020	CREACION DE UN MANUAL PARA LA ACOGIDA DEL PERSONAL NUEVO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA Y EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGIA	CRIADO MAINAR CARMEN	2019_0808	S1	31/01/2020	REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL CLÍNICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGIA	IÑIGO GIL PABLO	2019_0816	S1	27/02/2020	RE-ESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HCU LOZANO BLESA Y PUESTA EN MARCHA COMPLETA (SEGUNDA FASE) DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS	2019_0579	F	25/01/2020	IMPLANTACION DEL CURSO CLINICO DE LA HISTORIA ELECTRONICA EN LAS CONSULTAS AMBULATORIAS DE NEUMOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	COSTAN GALICIA JOAQUIN CARLOS	2019_0583	F	25/01/2020	PROTOCOLO DE OXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	HERNANDEZ BONAGA MARIA	2019_0593	S1	30/01/2020	ACTUALIZACION DEL PROCESO DE CANALIZACION Y DERIVACION COMPARTIDA DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN VMNI
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	COSTAN GALICIA JOAQUIN CARLOS	2019_0594	F	25/01/2020	MEJORA DEL PORCENTAJE DE INTERCONSULTAS VIRTUALES RESUELTAS SIN VISITA PRESENCIAL DEL PACIENTE EN CONSULTAS DEL CME INOCENCIO JIMENEZ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	TELLER JUSTE PABLO	2019_0595	F	31/01/2020	ABORDAJE DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES FUMADORES HOSPITALIZADOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA	2019_0069	F	20/12/2019	REDUCCION DE INGRESOS PROGRAMADOS EN NEUROLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	ROCHE BUENO JOSE CARLOS	2019_0102	F	20/01/2020	SCREENING DE DETERIORO COGNITIVO Y ALTERACIONES CONDUCTUALES E INFORMACION SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	GARCES REDONDO MOISES	2019_0186	F	27/01/2020	PROTOCOLO UNIFICADO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	MUÑOZ FARJAS ELENA	2019_0257	S1	11/01/2020	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION DE REALIZACION DE PUNCIÓN LUMBAR PROGRAMADA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	MAURI LLERDA JOSE ANGEL	2019_0377	F	29/01/2020	MANEJO DEL ESTATUS EPILEPTICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	ESCRIBANO GARCIA MARTA	2019_0570	F	17/01/2020	IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON ICTUS AGUDOS EN LA PLANTA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	TEJERO JUSTE CARLOS	2019_0846	F	29/01/2020	PROYECTO TABLET HCE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	SANCHEZ VALIENTE SARA	2019_0975	F	27/12/2019	PROCEDIMIENTO DEL TEST DE APOMORFINA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BESCOS SANTANA ELENA MARIA	2019_0043	S1	10/01/2020	INCORPORACION DE LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCOPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	NASSAR MELIC NADIA	2019_0058	F	21/01/2020	MEJORA DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CONIZACIONES REALIZADAS CON EXOSCOPIO

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REPOLLES LASHERAS SIRA	2019_0075	S1	18/01/2020	MEJORA DE LA VIA CLINICA Y DOCUMENTACION PARA REALIZACION DE HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	LAHOZ PASCUAL MARIA ISABEL	2019_0508	F	29/01/2020	CREACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE SEXOLOGIA CLINICA EN SALUD ARAGON SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTINEZ MEDEL JORGE	2019_0527	S1	13/01/2020	REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RUIZ MARTINEZ SARA	2019_0528	F	17/01/2020	ACTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ	2019_0536	F	18/01/2020	DIEZ PASOS EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	NARVION CASORRAN CAROLINA	2019_0598	S1	30/01/2020	INTERCONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DERIVACIÓN DE LA GESTANTE A PRIMERA VISITA DE EMBARAZO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES	2019_0645	S1	01/03/2020	CRIBADO DE PRECLAMPSIA, CIR Y PARTO PRETERMINO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REMACHA SIENES MARIA	2019_0707	F	28/01/2020	DESARROLLO DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL Y DE GENETICA DE LA REPRODUCCION AREA III DEL SALUD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DIAZ VEGA MIGUEL	2019_0740	F	22/01/2020	CREACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA Y UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOMETRIOSIS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	PADIN FABEIRO MARTA	2019_0779	S1	26/01/2020	ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	RAMIRO MILLAN PATRICIA	2019_0055	F	14/01/2020	ELABORACION DE LAS ALTAS QUIRURGICAS POR LOS FACULTATIVOS DE LA SECCION DEOFTALMOLOGIA PEDIATRICA EN EL ANTE QUIROFANO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA	2019_0097	F	30/12/2019	ELABORACIÓN DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA LA INYECCIÓN DE AIRE O GAS EN CÁMARA ANTERIOR EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA MEMBRANA DE DESCEMET
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	MINGUEZ MURO ENRIQUE	2019_0147	F	24/12/2019	ADAPTACION DE LISTADO DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD QUIRURGICA (LVSQ) A LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO	2019_0314	F	31/01/2020	MEJORA EN LA GESTION DE LISTAS DE ESPERA QUIRURGICAS DE CIRUGIA DE CATARATA EN C. S. A. R. CINCO VILLAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	PEREZ NAVARRO ITZIAR	2019_0315	F	31/01/2020	IMPLANTACION DE TECNICA MICROINVASIVA (IMPLANTE XEN) PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGIA MEDICA	TORRES RAMON IRENE	2019_0391	F	31/01/2020	PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTE ONCOLOGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	VALTUEÑA PEYDRO GERMAN	2019_0428	F	15/01/2020	ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTESONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	VALTUEÑA PEYDRO GERMAN	2019_0450	S1	15/01/2020	ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTESONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (HB)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	ASCASO MATAMALA ANGELA MARINA	2019_0242	F	27/01/2020	ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DEBUT DIABETICO Y ENFERMEDADES INTERCURRENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	CUADRON ANDRES LORENA	2019_0277	F	29/01/2020	ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA QUE INGRESA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUE PRECISAN SEDACIÓN
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR	2019_0283	F	28/01/2020	DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS CONGENITO EN EL RECIEN NACIDO CON OTOEMISIONES ACUSTICAS NEGATIVAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	HUERTA BLAS PALOMA	2019_0361	F	30/01/2020	ELABORACIÓN Y USO DE HOJA DE CÁLCULO PREDISEÑADA Y VALIDADA PARA LA OBTENCIÓN DE DOSIS DE MEDICACIÓN Y MATERIAL DE EMERGENCIA Y RCP SEGÚN PESO Y EDAD PEDIÁTRICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	LLORENTE CEREZA MARIA TERESA	2019_0460	F	30/01/2020	ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 PORTADORES DE BOMBAS DE INFUSION SUBCUTÁNEA CONTINUA DE INSULINA (ISCI)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	BONAFONTE DIEZ LUCIA	2019_1191	F	27/01/2020	EDUCACION DIABETOLOGICA BASICA ANTE UN DEBUT DIABETICO. SESIONES EDUCATIVAS

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PSIQUIATRIA	IRIGOYEN RECALDE ISABEL	2019_0967	F	05/01/2020	ACTUALIZACI0N, AMPLIACION Y ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS DE INGRESOS Y ALTA EN HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PSIQUIATRIA	RUIZ LAZARO PEDRO MANUEL	2019_1082	S1	28/01/2020	GESTIÓN POR PROCESOS EN ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL USMIJ SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PSIQUIATRIA	PEREZ CAMO VALERO	2019_1250	F	18/02/2020	GUIA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PSIQUIATRIA	ZAPATA USABEL MAITE ARANZAZU	2019_1355	F	30/01/2020	PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y DE ALTA/DERIVACIÓN EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL (UCE PSQIJ) DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	IBAÑEZ MUÑOZ DAVID	2019_0348	S2	29/01/2020	EVALUACION DEL RENDIMIENTO TRAS LA IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DERADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	SAEZ VALERO EDUARDO	2019_0384	F	31/01/2020	DESARROLLO DE ESTUDIO DE POSTPROCESADO DE TECNICAS DE RESONANCIA MAGNETICA. OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADQUISICION E INDICACIONES EN NEURORRADIOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	SALCEDA ARTOLA JAVIER	2019_0843	F	31/01/2020	MANUAL DE RADIOLOGÍA DE URGENCIAS PARA EL RESIDENTE DE RADIODIAGNÓSTICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	RUIZ MANZANO PEDRO	2019_0650	F	02/01/2020	EVALUACION DE LA NECESIDAD DE GESTIONAR EL LU177M COMO RESIDUO RADIACTIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER	2019_0685	F	31/01/2020	DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL NUEVO EQUIPO PET-TC
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA	PEREZ VECINO DANIEL	2019_0572	S1	31/01/2020	ELABORACIÓN DE GUÍA VISUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	ESTERUELAS CUARTERO PAULA	2019_0236	F	20/12/2019	REVISION DEL FOLLETO "CONSEJOS PARA CUIDAR A UNA PERSONA DEPENDIENTE" RECOMENDACIONES PARA CUIDADORES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	CARNEIRO LAZARO RAQUEL	2019_0289	F	29/01/2020	DETECCIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, ANTES Y DESPUÉS DE LAS SESIONES EDUCATIVAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	PUEYO RUIZ CRISTINA	2019_0292	F	15/01/2020	ACTUALIZACION DE HOJA DE REGISTRO DE TEST DE DISFAGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	LABORDA RUIZ MARIA PILAR	2019_0331	F	10/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACIÓN DEL PERSONAL E ENFERMERÍA DEL SECTOR III EN EL CRIBADO DE LA DISFAGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	DE MIGUEL HERNANDO PEDRO PABLO	2019_0388	S1	27/12/2019	ACTUALIZACION TRIPTICO INFORMATIVO "PREVENCION DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE NEO DE MAMA"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	MEDRANO CID MAYRA	2019_0389	S1	18/01/2020	ESCUELA DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE CANCER DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	SARTAGUDA ALABART MIREYA LORENA	2019_0699	S1	20/12/2019	ESCUELA PERINEAL. CONOCE TU SUELO PELVICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	MARTA LAZO MIGUEL ANGEL	2019_0727	S1	31/01/2020	IMPLANTACIÓN DEL BIOFEEDBACK TERAPEÚTICO EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SUELO PÉLVICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	AZUARA LAGUIA JOSE LUIS	2019_0797	F	31/01/2020	DOCUMENTO AUDIOVISUAL DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE LOS EJERCICIOS REALIZADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REUMATOLOGIA	PERALTA GINES CILIA AMPARO	2019_0457	F	31/01/2020	UNIDAD DE OSTEOPOROSIS FORMADA POR REUMATOLOGIA Y ENFERMERIA. CREACION DE UNACONSULTA DE ENFERMERIA COMO APOYO A LA CONSULTA MONOGRAFICA DE OSTEOPOROSIS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO TOXICOLOGIA	FERRER DUFOL ANA	2019_1505	F	27/02/2020	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA A LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR ETANOL ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UCI	ZALBA ETAYO BEGOÑA	2019_0407	F	03/01/2020	PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UCI	ARAIZ BURDIO JUAN JOSE	2019_0453	F	03/01/2020	CODIFICACION ESTANDARIZADA DE LOS INFORMES DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UCI	VIRGOS SEÑOR BEATRIZ	2019_0688	F	29/01/2020	VALORACION DE POSIBLES DONANTES DENTRO Y FUERA DE LA UCI

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UCI	FUERTES SCHOTT CAROLINA	2019_0752	F	29/02/2020	OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MOZOTA DUARTE JULIAN	2018_0104	F	31/01/2020	ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MOZOTA DUARTE JULIAN	2019_1339	S1	31/01/2020	PROGRAMA CIRUGIA SEGURA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE DIALISIS	PALACIO GAVIN GEMA	2019_0787	F	27/01/2020	CREACION DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISISEN EL H. CLINICO Y EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ DE ZARAGOZA QUE PRECISAN DE TRASLADO A OTROSCENTROS SANITARIOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE FORMACION	CHARLO BERNARDOS MARTA	2019_0981	S2	30/01/2020	SISTEMA DE EVALUACION SISTEMATICA Y DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	AMORES ARRIAGA BEATRIZ	2019_0123	F	14/01/2020	ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANOBLESA. CONTINUACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	VILLAFRANCA RUIZ PAMELA	2019_0345	S1	13/01/2020	CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	LOPEZ ALBA CONCEPCION	2019_0505	F	29/12/2019	CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA SALA DEOBSERVACION DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	SOLANS ATANCE ADRIAN	2019_1049	S1	30/01/2020	CODIGO ICTUS EN URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	SAENZ ABAD DANIEL	2019_1350	F	24/02/2020	MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO U. LOZANO BLESA. IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	BERNAL JULIAN MARIA DOLORES	2019_1423	S1	30/01/2020	GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	CAPAPE POVES VICTORIA	2019_0210	S2	03/01/2020	MANEJO DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA ESTENOSIS DE URETRA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER	2019_0261	S2	02/01/2020	OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0326

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN TEST DE ALIEMTO CONSULTA ENFERMERIA DIGESTIVO C.E.M. INOCENCIO JIMENEZ

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA LAZARO ASPAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARROYO VILLARINO MARIA TERESA
ARAMENDIZ ARAUJO ROBERTO
SANCHEZ MIGUEL ELENA
ALFARO ALMAJANO ENRIQUE
CAÑAMARES ORBIS PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La puesta en marcha de este plan de mejora comenzó en el mes de abril 2019, cuando adquirimos los recursos materiales necesarios para llevarlo a cabo, ya que se habilitó una consulta física de enfermería en el centro de especialidades Inocencio Jiménez para poder realizar la prueba.

El circuito comienza en la consulta médica, cuando se detecta la necesidad de la realización del test de aliento. Previamente a la cita y para asegurarnos que la prueba se va realizar de acuerdo a las recomendaciones establecidas en el último consenso, se elaboró una hoja informativa con las indicaciones previas a tener en cuenta para la correcta realización del test de aliento, medicaciones a evitar, ayuno, tabaco...

La realización de estos test se lleva a cabo martes y viernes de 8:30 a 9:30, el mismo día de la prueba se les pasa a todos los pacientes un pequeño formulario previo para asegurarnos que la prueba se va a realizar en las condiciones adecuadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado un total de 129 test de aliento, durante estos seis meses, 64 pacientes se han realizado para el diagnóstico inicial de la infección, los 65 restantes se tratan de pacientes a los que se les hace el test de aliento para el control de erradicación de la bacteria tras darle tratamiento en nuestra consulta. De los 65 test de aliento de control de erradicación, 48 han sido negativos y tan sólo en 17 pacientes el resultado ha vuelto a ser positivo.

Se ha realizado un registro diario de todos los pacientes a los que se les ha realizado test de aliento en nuestra consulta de enfermería, monitorizando los siguientes datos de los pacientes en una tabla Excel, permitiéndonos evaluar todos estos datos de manera anual; nombre, nº historia, edad, sexo, indicación, test aliento, resultado test aliento, y la correcta cumplimentación del tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo principal del proyecto era intentar dar una continuidad a nuestra atención en las consultas de digestivo de Inocencio Jiménez, estableciendo un circuito cerrado de solicitud, realización de prueba y comunicación de resultados, de esta manera hemos conseguido realizar un seguimiento más exhaustivo del paciente, y sobre todo facilitar la comunicación entre el paciente y nuestro servicio a través del correo electrónico, para posibles dudas surgidas del tratamiento.

Otro de los objetivo era reforzar la adherencia el tratamiento, hemos incidido en la educación para la salud, informado al paciente sobre los efectos secundarios, las precauciones que ha de tener ante el tratamiento prescrito, consiguiendo una mejora del cumplimiento terapéutico, ya que está descrito como uno de los principales motivos de fallo en la erradicación. Esta parte del proyecto la hemos valorado muy positivamente ya que solamente 2 pacientes han abandonado el tratamiento antes del tiempo establecido.

Al implantar el test de aliento en nuestra consulta hemos conseguido un mejor seguimiento del paciente, mayor adhesión al tratamiento y unos mejores resultados, a la vez que descargar al servicio de laboratorio del Hospital Clínico que era donde se estaban dirigiendo anteriormente estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/326 ========== ***

Nº de registro: 0326

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0326

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN TEST DE ALIEMTO CONSULTA ENFERMERIA DIGESTIVO C.E.M. INOCENCIO JIMENEZ

Título
IMPLANTACION TEST DE ALIENTO CONSULTA ENFERMERIA DIGESTIVO.CENTRO ESPECILIDADES MEDICAS INOCENCIO JIMENEZ

Autores:
LAZARO ASPAS MARIA, ARROYO VILLARINO MARIA TERESA, ARAMENDIZ ARAUJO ROBERTO, SANCHEZ MIGUEL ELENA, ALFARO ALMAJANO ENRIQUE, CAÑAMARES ORBIS PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La infección por Helicobacter pylori, es una de las infecciones más prevalente del planeta, afecta al 50% de la población mundial, según los últimos protocolos publicados, se estima que en España las cifras son equiparables. Desempeña un papel fundamental en el desarrollo de diversas enfermedades digestivas como la gastritis crónica, la úlcera péptica y el cáncer gástrico, por lo que un diagnóstico adecuado y un tratamiento eficaz son esenciales en la práctica clínica.

El diagnostico de esta infección se realiza a través de la prueba del test de aliento con urea marcada con 13C. Dicho tests es un método diagnóstico muy fiable, no invasivo y fácil de hacer tanto para el diagnostico inicial de la infección como la para confirmación de la erradicación tras la administración del tratamiento.
Esta prueba es una herramienta muy utilizada en nuestras consultas y en los centros de atención primaria, para detectar la presencia de helicobacter pylori. Actualmente el análisis y realización de esta técnica esta centralizado en las consultas de digestivo del Hospital Clínico, con este proyecto queremos descargar al servicio de laboratorio de digestivo del Hospital Clínico, ellos realizarán únicamente los que deriven de atención primaria del sector III, y nosotros asumiremos los generados en nuestras consultas de Inocencio Jiménez.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es intentar dar una continuidad a nuestra atención en Inocencio Jiménez, estableciendo un circuito cerrado de solicitud, realización de prueba y comunicación de resultados, consiguiendo así un mejor seguimiento y control de la erradicación.
De acuerdo a los resultados obtenidos, se les indicará el tratamiento erradicador de acuerdo a los protocolos actuales en la consulta médica y controlaremos que dicho tratamiento sea efectivo.
En el caso de los pacientes que acudan en ayunas a nuestra consulta médica, se les podrá realizar la prueba en el mismo momento en la consulta de enfermería.

Otro de los objetivos principales de este proyecto es reforzar la adherencia la tratamiento incidiendo en la educación para la salud, informado al paciente sobre los efectos secundarios, las precauciones que ha de tener ante el tratamientos prescrito, para así conseguir mejorar el cumplimiento de los mismos, ya que está descrito que uno de los principales motivos de fallo en la erradicación del Helicobacter pylori es el fracaso del cumplimiento terapéutico.

MÉTODO
Se elaborará una hoja informativa con las indicaciones previas a tener en cuenta en realización del test de aliento, mediaciones a evitar, ayuno… para asegurarnos que al paciente se le realiza la prueba de acuerdo a las recomendaciones establecidas en el último consenso y se citará al paciente en la consulta de enfermería de Inocencio Jiménez para la realización del test de aliento, donde posteriormente se decidirá la conducta a seguir según los resultados obtenidos en el test.
En caso de ser positivo se le volverá a citar en la consulta para explicación e indicación del tratamiento erradicador, previa indicación médica y se le programará la cita para el nuevo test de aliento para control de erradicación de la bacteria.

INDICADORES
Se realizará un registro diario de los test de aliento realizados, monitorizando los siguientes datos de los pacientes en una tabla Excel, permitiéndonos evaluar todos estos datos de manera anual.

? nombre
? nº historia
? edad
? sexo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0326

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN TEST DE ALIEMTO CONSULTA ENFERMERIA DIGESTIVO C.E.M. INOCENCIO JIMENEZ

```
?        indicación test aliento
?        resultado test aliento
?        correcta cumplimentación del tratamiento
?        En caso de ser control erradicación, registraremos el tratamiento pautado y la duración.
```

DURACIÓN
Para la implantación de este proyecto se está habilitando una consulta de enfermería en Inocencio Jiménez para poder llevar a cabo esta prueba y las posteriores citas necesarias para explicación de los tratamientos necesarios. Se solicitará el material necesario para el procedimiento en nuestra consulta (bolsas, reactivos…) y el proyecto comenzará tan pronto como sea posible.

Si los resultados obtenidos son satisfactorios este proyecto se mantendrá de manera indefinida, estableciéndose como una actividad más de la cartera de servicios de nuestra consulta externa.

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 - 2019/1389

1. TÍTULO

TÍTULO DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE INGRESO, DERIVACION EXTERNA Y ALTA DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INOCENCIO JIMENEZ-DELICIAS (USMAD IJ-D)

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE CARO REBOLLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLMEDILLAS ALVARO RAFAEL
PALOMERO LOBERA MARIA VISITACION
LOPEZ GABAS MARIA
GARCES TRULLENQUE EVA
DIAZ LONGAS LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Instauración en la Unidad de una reunión de Calidad periódica quincenal-mensual; también reuniones periódicas con Dispositivos de Rehabilitación
Sectorización de la asistencia con FEA de Psiquiatría y Enfermería referentes por CS/CAPs, con consolidación de reuniones con los equipos de AP; en ellas se ha llevado a cabo coordinación y consultoría clínica, formación continuada, información sobre organización, criterios de atención y derivación, con el objetivo de adecuar derivaciones y tiempos de espera según criterios de gravedad y oportunidad.
Consolidación de gestión de la demanda, consultoría y citación mediante la Interconsulta Virtual (ICV), quedando pendiente la gestión de la interconsulta entre especializada (aún en papel).
Hoja de Información y Acogida a los usuarios del USM; queda en formato de mejora continua.
Redefinición de consulta normal y preferente; mejora de los tiempos asistenciales y rediseño de la Agenda, incorporando espacios/citas para Revisión de Altas y flexibilidad para otros formatos de atención a familias y TMG.
Diseño de Plantilla de Solicitud y Derivación entre Dispositivos y Unidades de SM del Sector III; pendiente de colaboración de Comisión de Historias Clínicas e Informática para su respectiva aprobación e implementación.
Realización del Programa Piloto de uso de la herramienta Curso Clínico (CC), pendiente de generalización y mejora del uso por todos los profesionales de la Unidad.
Consolidación de la utilización del Registro de TMG en la comunicación con Comisión de Ingresos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Existencia de Hojas de Información para los usuarios: 100%
Porcentaje de equipos de AP a los que se ha trasladado de Información de la USM: 100%
Porcentaje de adecuación derivación preferente / nº derivaciones preferentes: no se ha podido computar al no permitirlo el formato de ICV.
Porcentaje de informes de derivación a, y de alta de USM que cumplen criterios de calidad establecidos: no se ha podido computar al no permitirlo el formato de ICV
Realización de la consultoría mediante la Interconsulta Virtual: 100% en derivaciones AP
Existencia de criterios de tipo de consulta, derivación y alta: 100%
Adecuación de la agenda al volumen de solicitudes: porcentaje de cumplimiento de estándares de tiempo hasta primera visita, revisión, post-alta: la asimetría en cuanto a agendas y sectores, junto con la progresiva re-sectorización de los pacientes ha dificultado la misma; pendiente de nueva agenda asistencial que facilite la transición a HCE y la explotación de datos.
Existencia y uso de Carpeta compartida con modelos de documentos e informes: 100%
Realización periódica de actividades de coordinación, consultoría y formación continuada en los CAP/CSs (mínima trimestral): 100%
Encuesta de Satisfacción a Usuarios: no se ha realizado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La informática debe facilitar la transición a HCE, debiendo a nuestro parecer incluir herramientas que faciliten el análisis por FEA, CS/CAP y Médico de AP, tanto en ICV como en CC.
El proceso de sectorización y asignación de profesionales a Zonas de Salud es complejo, precisando herramientas de gestion y mejor explotación de datos.
La unificación de Formularios facilitará la realización de HC de primer día –planteamientos a nivel autonómico han fracasado hasta ahora-, derivaciones entre dispositivos e informes.
La coordinación de FEAs y Enfermeria con los CS no urbanos –requieren desplazamiento- precisarán de reconocimiento y abono de gastos de kilometraje a los profesionales que se desplazan.
Pendiente de cuestiones estructurales y de funcionamiento de las distintas Unidades del Servicio que faciliten la mejor derivación entre ellas.

7. OBSERVACIONES.
Damos por finalizado el Proyecto, quedando las herramientas utilizadas en proceso de mejora continua por parte del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1389

1. TÍTULO

TÍTULO DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE INGRESO, DERIVACION EXTERNA Y ALTA DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INOCENCIO JIMENEZ-DELICIAS (USMAD IJ-D)

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1389 ========== ***

Nº de registro: 1389

Título
DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE INGRESO, DERIVACION EXTERNA Y ALTA DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INOCENCIO JIMENEZ-DELICIAS (USMAD IJ-D)

Autores:
CARO REBOLLO FRANCISCO JOSE, PALOMERO LOBERA MARIA VISITACION, OLMEDILLAS ALVARO RAFAEL, LOPEZ GABAS MARIA, GARCES TRULLENQUE EVA MARIA, DIAZ LONGAS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

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
El traslado de la asistencia de la salud mental ambulatoria a la USM del CEM Inocencio Jiménez-Delicias supone una Oportunidad de configurar un nuevo equipo y modo de asistencia: multidisciplinar, con criterios de atención comunitaria, centrado en el paciente y en un entorno de implantación de herramientas informáticas (Interconsulta Virtual, Curso Clínico, Registro de TMG). La Gestión por Procesos nos permitirá mejorar la asistencia, centrada en las necesidades de los clientes y la continuidad asistencial. También se van a realizar actividades informativas a los equipos de AP, AE y a los pacientes, para mejorar el uso de nuestras prestaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora del derecho a la información, de la continuidad asistencial (documentación ingreso, alta y derivación entre equipos), de la efectividad asistencial (disminución de la variabilidad), de la satisfacción de los profesionales derivantes y de la atención a los grupos de pacientes complejos. La población diana son las personas afectas de trastorno mental común y trastorno mental grave que son o van a ser atendidas en nuestra unidad.

MÉTODO
Adecuar los tiempos de espera según a criterios de gravedad y oportunidad. Coordinación con AP mediante: Información sobre organización, criterios de atención y derivación; actividades de coordinación, consultoría y formación continuada. Transición de AP y AE-USM al funcionamiento con la herramienta Interconsulta Virtual. Gestión de la demanda, citación y asistencia. Hoja de Información y Acogida a los usuarios del USM. Referente FEA por CS-CAP; definición de consulta normal y preferente; mejora de los tiempos asistenciales y planificación de la Agenda; coordinación con AP, hospitalización y RHB; mejora del alta a AP y derivación a otros recursos mediante plantillas digitalizadas; transición a funcionamiento con herramienta Curso Clínico. Consolidación de la utilización del Registro de TMG.

INDICADORES
Existencia de Hojas de Información para los usuarios.
Porcentaje de adecuación derivación preferente / nº derivaciones preferentes.
Porcentaje de equipos de AP a los que se ha trasladado de Información de la USM.
Porcentaje de informes de derivación a, y de alta de USM que cumplen criterios de calidad establecidos.
Realización de la consultoría mediante la Interconsulta Virtual.
Existencia de criterios de tipo de consulta, derivación y alta.
Adecuación de la agenda al volumen de solicitudes: porcentaje de cumplimiento de estándares de tiempo hasta primera visita, revisión, post-alta.
Existencia y uso de Carpeta compartida con modelos de documentos e informes.
Realización periódica de actividades de coordinación, consultoría y formación continuada en los CAP/CSs (mínima trimestral).
Evaluación en las reuniones periódicas mantenidas en la Comisión de Calidad del Servicio. Encuesta de Satisfacción a Usuarios. Evaluación de los Indicadores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1389

1. TÍTULO

TÍTULO DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE INGRESO, DERIVACION EXTERNA Y ALTA DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INOCENCIO JIMENEZ-DELICIAS (USMAD IJ-D)

DURACIÓN
Febrero 2019: definición y estructura del equipo multidisciplinar, referentes por zona de salud, organización de miniequipos.
Marzo-abril 2019: Uso de carpeta compartida. Elaboración de HOJA de INFORMACIÓN. Redacción de CRITERIOS y ESTANDARES de asistencia. Comunicación y consultoría con equipos de AP.
Febrero-Diciembre 2019: coordinación/formación con CS/CAPs
Mayo-junio 2019: Consolidación de uso de Interconsulta Virtual y valoración con Dirección de programa piloto de Curso Clínico en USM.
Septiembre-noviembre 2019: evaluación de los criterios de calidad de derivaciones e informes. Realización e implantación de PROCEDIMIENTOS.
Diciembre 2019: Memoria de actividad de la USMA.

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 - 2019/0753

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COORDINACION INTRAEQUIPO EN LA USMA INOCENCIO JIMENEZ Y DEFINICION DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA

Fecha de entrada: 03/02/2020

2. RESPONSABLE ..... ALBA GARCES RAMOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES TRULLENQUE EVA
MOLINS GUITARTE AURORA
QUEROL NASARRE AURORA
QUINTANILLA LOPEZ MIGUEL ANGEL
REDRADO LACASA ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El pasado año logramos definir los criterios de consulta, derivación y alta de las consultas de Psicología y Enfermería Salud Mental. Asimismo, se establecieron reuniones de coordinación interprofesionales.

También el pasado año se redactaron diversos documentos sobre la actuación de enfermería en coordinación con otros profesionales de la unidad y se presentaron al equipo. Durante este año, se ha trabajado en la elaboración de un documento que reúna los realizados el pasado año junto con la descripción y definición de toda la actividad que se realiza a otros niveles (administrativa, de coordinación, docente, investigadora…). En las próximas semanas se llevará a cabo la difusión de este documento con lo que culminará esta parte del proyecto.

Se han mantenido los contactos con los recursos de la red de atención/rehabilitación de salud mental, así como con los Centros de Salud de referencia de la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realizados criterios de derivación intraequipo a Psicología y Enfermería; documento de definición de la consulta de enfermería de salud mental en la USMA; plan de visitas domiciliarias; presentación de nuevas actividades de la USMA en los CS de referencia; 100% de contactos telefonicos con UCE sobre pacientes ingresados.

Se podría decir que el proyecto se encuentra en un estado muy avanzado, pero con resultados parciales. Faltaría aproximadamente un 20% del proyecto para darlo por finalizado, si bien por la alta demanda asistencial hay partes que es dificil que lleguen a ser terminadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Respecto a la implantación del Curso Clínico, se está utilizando aproximadamente en un 30% de los casos. Prevista sesión de formación sobre la herramienta, tras la cual se plantea aumentar su uso. Esto favorecería la coordinación intra/inter-equipo.

El pasado año se decidió prolongar este proyecto para lograr terminar los documentos pendientes. Gran parte de éstos han sido finalizados y presentados, si bien no todos. Encontramos importantes dificultades para establecer reuniones de trabajo y para llevar a cabo las tareas derivadas de ellas, en gran medida por la intensa carga de trabajo que sufrimos los profesionales de la USMA. Quizá esto podría facilitarse estableciendo en la agenda una prestación destinada a “coordinación/informes” como sucede en otras especialidades, puesto que permitiría al personal disponer de tiempo concreto para trabajar en la mejora de la calidad asistencial. Actualmente, estos trabajos se acaban realizando bien fuera del trabajo, bien en espacios destinados a pacientes que no acuden. Esto no permite una buena programación.

Quedaría pendiente pues establecer el modelo y criterios de derivación intraequipo, de mantenimiento en los programas y de alta de trabajo social; definir unos mínimos en la coordinación UCE-USMA a nivel de enfermería; y seguir trabajando en lo ya establecido para aumentar al 100% el porcentaje de pacientes sobre el que se lleva a cabo cada indicador.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/753 ========== ***

Nº de registro: 0753

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0753

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COORDINACION INTRAEQUIPO EN LA USMA INOCENCIO JIMENEZ Y DEFINICION DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA

PROGRAMA DE COORDINACION INTRAEQUIPO EN LA USMA INOCENCIO JIMENEZ Y DEFINICION DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA

Autores:
GARCES RAMOS ALBA, GARCES TRULLENQUE EVA MARIA, QUEROL NASARRE AURORA, MOLINS GUITARTE AURORA, QUINTANILLA LOPEZ MIGUEL ANGEL, REDRADO LACASA ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

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

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

PROBLEMA
El traslado de la asistencia ambulatoria desde CCEE de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa a la Unidad de Salud Mental del Centro de Especialidades Médicas Inocencio Jiménez supone una oportunidad de mejora del trabajo en equipo con la ampliación de la plantilla de psicología clínica y enfermería de salud mental.

Dada la nueva configuración del equipo ante estos puestos de nueva creación, hemos decidido centrarnos en la elaboración de una serie de procedimientos de actuación, criterios de derivación y programas interdisciplinares con el objetivo de obtener el máximo rendimiento del trabajo y facilitar a todos los profesionales la coordinación con el resto de compañeros de otras categorías.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer criterios de derivación a enfermería SM

Definir la actuación de enfermería de SM en la USMA

Implantación del plan de cuidados de cada paciente en seguimiento por enfermería SM

Definición de Cartera de Servicios comunitaria con TMG

Definición de la atención a Trastornos de la Conducta Alimentaria

Mejora de la continuidad de cuidados mejorando la coordinación con enfermería de atención primaria

Mejorar la continuidad de cuidados mejorando la coordinación con el equipo de enfermería de la UCE y HDPA, UME, CD

Establecer criterios de derivación a Psicología Clínica

Establecer criterios de derivación a Trabajo Social

Organizar actividades terapéuticas (coterapia o grupal) con participación interdisciplinar

MÉTODO
Reuniones multidisciplinares del equipo de la USMA. Creación de grupos de trabajo.

Distribución de trabajo en paralelo, y puestas en común de consenso en reunión quincenal.

Coordinación focal de los responsables de calidad con los agentes implicados: equipos de UCE, equipos de AP, ESAD, UME, HDPA, CD.

Supervisión de los trabajos y revisión de logros desde Comisión de Calidad del servicio

Obtención de opinión y devolución a los equipos de Atención Primaria

Creación de Checklist de cumplimiento de procesos.

Asesoramiento si fuese preciso por expertos en calidad del Servicio Aragonés de Salud

Memoria anual de resultados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0753

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COORDINACION INTRAEQUIPO EN LA USMA INOCENCIO JIMENEZ Y DEFINICION DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA

INDICADORES
Existencia de criterios de tipo de consulta, derivación y alta a Enfermería SM (ESM)

Existencia de documento de actuación de enfermería SM en la USMA.

Exposición de dicho documento al resto del equipo de la USMA y a los diferentes equipos que trabajan en coordinación con este servicio

Porcentaje de pacientes con planes de cuidados incluidos en su historia clínica.

Existe un Plan de Visitas domiciliarias y/o intervención domiciliaria en TMG

Existe un programa específico de actuación en TMG en la USMA

Existe un Plan de Atención en TCA por parte de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en coordinación con la UTCA

Porcentaje de equipos de enfermería de AP a los que se les transmite las funciones de enfermería de SM.

Porcentaje de Informes de Continuidad de Cuidados enviados a AP de pacientes con TMG.

Porcentaje de pacientes ingresados en los que se transmite desde la USMA al equipo de enfermería de la UCE el Informe de Continuidad de Cuidados.

Porcentaje de pacientes ingresados por los que se establece contacto telefónico con el personal de la UCE.

Porcentaje de visitas pre-alta a pacientes en seguimiento por enfermería de la USMA ingresados en la UCE.

Existencia de criterios de derivación a psicoterapia individual/grupal (inclusión y exclusión)

Existen criterios de alta de consulta de Psicología Clínica

Existencia de criterios de tipo de consulta, derivación y alta de Psicología Clínica

Existencia de criterios de participación profesional, tipo de terapia/grupo, derivación y alta de Psicología Clínica

DURACIÓN
Calendario:

Marzo – abril 2019:
- Definición de la consulta de enfermería
- Establecimiento de criterios de derivación a Psicología Clínica, Trabajo Social y Enfermería de Salud Mental
- Definición de actividad psicoterapéutica y grupal interdisciplinar

Mayo – septiembre 2019:
- Presentación del contenido de la consulta de enfermería de la USMA tanto a nivel interno, como externo, a Centros de Salud urbanos y rurales, y UCE.
- Presentación a nivel de equipo de los criterios establecidos de derivación a Psicología Clínica, Trabajo Social y Enfermería de Salud Mental

Octubre – noviembre 2019:

- Evaluación de los indicadores

Diciembre 2019:
Memoria de actividad de la USMA.

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 - 2019/1140

1. TÍTULO

ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

Fecha de entrada: 20/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES ROZAS ANA BELEN
PAMPLONA FONDEVILA SUSANA
GOMEZ CONTE ROSANA
CANTERO MORO VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
VISITAS EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES
COORDINACION CON DISTINTOS RECURSOS QUE TRABAJAN EN LA ATENCION DE ESTOS PACIENTES
ORIENTACION Y ACOMPAÑAMIENTO EN GESTIONES
SEGUIMIENTO Y SUPERVISION DE LA TOMA DE MEDICACION
VALORACION DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y BIENESTAR, Y ORIENTACION PARA SU MEJORA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL RESULTADO ALCANZADO ES MUY ALTO, Y SATISFACTORIO EN LA MEDIDA QUE CONTRIBUYEN ESTAS ACCIONES EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON TMG INCLUIDOS EN EL PROGRAMA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
UNA DE LAS CONSIDERACIONES MAS IMORTANTES DEL PROGRAMA, ES QUE ES MUY IMPORTANTE LA ATENCION DE LOS PACIENTES EN SU ENTORNO, ESTA CONTRIBUYE A DETECTAR DEFICIENCIAS EN SU CALIDAD DE VIDA, Y A PONER EN LO POSIBLE MEDIDAS PARA MEJORARLA, LOS PACIENTES SE SIENTES RESPETADOS Y AGRADECIDOS POR ELLO

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1140

Título
ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

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

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

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

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

1. TÍTULO

ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

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

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

LA POBLACION DIANA:
pacientes con dificultades para mantenimiento del hogar sin apoyo familiar.
Pacientes en situación de riesgo por descompensación.
Pacientes con perdida de continuidad en su seguimiento.

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

MÉTODO
Para llevar a cabo las intervenciones anteriormente citadas se requieren de los siguientes RECURSOS:
Recursos humanos: Enfermera especialista en Salud Mental, Trabajadora Social,
Psiquiatra, EIR, MIR.
Recursos materiales: Bonobus, teléfono, etc.

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

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

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

Número de pacientes con objetivos cumplidos / Número de pacientes evaluados

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

CRONOGRAMA:
El paciente va a ser atendido independientemente del momento en que el equipo considere que necesita una AD, por lo tanto, más que hablar de cronograma se debe hablar de fases.
1ª fase: inclusión en el programa.
2ª fase: desde la primera fase hasta la valoración en domicilio no transcurrirá más de un mes.
3ª fase: contactar con el paciente, gestionar cita,
4ª fase: realización de las actividades del programa.
5ª fase: análisis de datos, evaluación.

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

1. TÍTULO

ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

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

1. TÍTULO

ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

DURACIÓN
ENERO 2019-DICIEMBRE 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN MORALES ROZAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... USM DELICIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ LAZARO CARMEN
MARTINEZ VERA MARIA TERESA
GOMEZ CONTE ROSANA
CANTERO MORO VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
o MARZO-ABRIL: Diseño de programa de evaluación y seguimiento de salud física. Recogida de bibliografía
Se ha elaborado una hoja excel para ir registrando los pacientes incluidos en los programas de clinica de estabilizadores y de clínica de neurolépticos de larga duración
o A partir de ABRIL:
Se inicia la implementación el registro y el seguimiento, recogiendo los datos de la historia clinica del propio centro y de la historia electrónica
o DICIEMBRE: La captación no se ha cerrado hasta el 31 de diciembre, a partir de ahí se realiza el análisis de datos y la evaluación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado ha sido superior al standar marcado. Los indicadores han sido los siguientes:
-Indicador 1 .Para pacientes en seguimiento en clínica de estabilizadores=nº de pacientes en seguimiento en consulta de enfermería que tengan al menos dos monitorizaciones anuales de niveles de estabilizador y una de ellas que sea analítica completa/ nºde pacientes en seguimientos en consulta de enfermería que esten en tratamiento con estabilizadores.
Indicador 1=75/78
-Indicador 2.Para pacientes en seguimiento en clínica de neurolépticos de larga duración= nº de pacientes en seguimiento en consulta de enfermería que tengan al menos una analítica completa anual/nº de pacientes en seguimiento en consulta de enfermería que esten en tratamiento con neurolépticos de larga duración.
indicador 2=114/116

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración ha sido satisfactoria, con una gran adherencia a los programas de enfermeria tanto al seguimiento de pacientes en tratamiento con estabilizador como con neurolépticos de larga duración, de gran importancia las llamadas telefónocas para dar nuevas citas en el caso de no haber acudido a la revisión. La detección precoz de cualquier alteración en el patrón bioquimico permite actuar con celeridad derivando a atención primaria para valoración por el profesional adecuado. En los pacientes con tratamiento con estabilizador además se añade la ventaja de poder conocer los niveles del mismo con lo que eso conlleva para un correcto control del fármaco.El proyecto de mejora se mantendrá en el tiempo dadas las ventajas que esto supone.

7. OBSERVACIONES.
Inicialmente el proyecto de mejora sólo incluía a lao pacientes en tratamiento con estabilizadores, al incluir también a los pacientes en tratamiento con neurolépticos de larga duración se han utilizado dos indicadores para valorar separadamente.

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

Nº de registro: 1307

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: USM DELICIAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

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

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

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

MÉTODO
1. ACTUACIÓN: Detección precoz de alteraciones metabólicas secundarias al tratamiento con estabilizadores.

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0862

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... GEMA GARISA ROCHA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRINCHAN FERNANDEZ PILAR
SANGROS GRACIA JESUS
EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA
GARAGOYA IRIGOYEN BEATRIZ
ABELLO BLASCO PIEDAD
HERRERO GIL MARIA ANGELES
PUYUELO SALLAN MONSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En nuestros objeticos del proyecto teníamos crear una Agenda Comunitaria, que ya está realizada y dentro de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón.
A lo largo de los dos años de duración del proyecto hemos realizado cursos de formación y sesiones en el centro de salud.
Entablamos relación con todos los colegios de nuestra zona básica de salud, Alagón, Pedrola, Remolinos, Alcalá de Ebro, Barboles, Bardallur, Plasencia y Urrea ade Jalón, Pleitas, Grisen, Figueruelas.
También hablamos con los diferentes ayuntamientos y responsables de deportes y social de La Comarca Alta de Río Ebro y Valdejalon.
Comienzan en el año 2018 Paseos Saludables (nosotros recomendamos activos), RCP en 4º ESO, primeros auxilios en colegios, diferentes charlas en colegios, asociaciones... todo esto se puede ver en nuestra Agenda Comunitaria.
Semana sin Humo, con participacion de colegios, ayuntamientos y profesionales del Centro de Salud.
Espalda sana- Fisoterapia
Educación Materna o preparación al parto- Matrona
Grupo de educacion para la salud de cronicos EPOC 2017
Unidad de salud mental. Grupo de acompañamiento al dolor crónico, grupo de lectura en pacientes con trastorno mental grave, grupo de terapia para mujeres en la midad de la vida.
Consejo de salud. Reunión dos veces al año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización de la Agenda Comunitaria.
Número mayor de 500 participantes, superado. Lo valoramos por el número de dibujos de realizados e la Semana sin Humo y personas que participan en paseos saludables enlos que colaboramos derivando desde el Centro de salud y los consultorios .
Entablamos relacion con todos los colegios y todos los Ayuntamientos de nuestra zona básica de salud. Los objetivos 100% cumplidos.
Se ha reunido el Consejo de salud dos veces el último año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos preparando nuevas actividades.
Es satisfactoria la relación con colegios, ayuntamientos, Comarcas y asociaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/862 ========== ***

Nº de registro: 0862

Título
ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Autores:
GARISA ROCHA GEMA, TRINCHAN FERNANDEZ PILAR, SANGROS GRACIA JESUS, EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA, GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ, ABELLO BLASCO PIEDAD, HERRERO GIL MARIA ANGELES, PUYUELO SALLAN MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0862

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

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

PROBLEMA
En el Centro de Salud de Alagón hay profesionales que realizan actividades comunitarias desde hace años, pero a veces ni el propio equipo las conocemos.
El Consejo de salud comenzó a reunirse desde hace unos años, pero todavía hay miembros del consejo, como farmaceuticos...que no están presentes.
Tenemos una relación puntual con centros educativos, centro sociales...

RESULTADOS ESPERADOS
Crear una Agenda comunitaria.
Conocer todos los profesionales del equipo las actividades comunitarias que se realizan el en centro.
Comenzar con los centros escolares, sociales, ayuntamientos, comarca que corresponden a nuestra zona de salud a colaborar.
Ampliar y dar a conocer las actividades comunitarias que ya estamos realizando:Tabaquismo, EPOC, Lactancia, Paseos saludables, Charlas Figueruelas, Seguimiento embarazo, Dolor crónico (salud mental)
Proponemos nuevas actividades: Paseos saludables (Colaboración Comarca Alta Río ebro), Fisioterapia Casetas (Cadena de favores, escuela espalda), Educación salud para Diabeticos.

MÉTODO
-Actividades Comunitarias que ya se realizan en el centro de salud: Tabaquismo, Educación salud EPOC, Lactancia, Seguimiento embarazo (matrona), Salud Mental (Dolor crónico). Charlas en Figueruelas. Paseos (Bardallur, Urrea y Plasencia de Jalón)en colaboración con Comarca Valdejalon.
-Consejo de salud.
-Entablamos relación con Centros educativos: Colegios Alagón (Colegio Ntra Sra del castillo, Colegio Publico Aragón, IES Conde aranda. Colegios Pedrola (Colegio publico Cervantes e IES siglo XXI, Colegios Grisen y Público Insula Barataña (Figueruelas); Colegio Público Remolinos, Barboles, Bardallur, Urrea, Cabañas de Ebro ; Alcalá, Plasencia de Jalón.
-Solicitamos la participación de los Ayuntamientos de nuestra zona de salud.
-Hablamos con representantes de las Comarcas Ribera del Ebro y Valdejalon (deportes) y Mesa Violencia de Genero.
-Dar a conocer a gerencia proyectos que se realizan.
-Reuniones del equipo salud (Actividades Comunitarias)

INDICADORES
Número de participantes en los proyectos de actividades comunitarias, sea mayor a 500.
100% relación con Centros escolares de nuestra zona de salud.
100% relación con Ayuntamientos de nuestra zona de salud.
Reunión consejo de salud (dos al año)

DURACIÓN
Desde Enero a mayo del 2018 solicitar colaboración con Centros educativos, ayuntamientos y Comarca.
Desde Mayo a diciembre dar a conocer las actividades comunitarias que realizamos.
Sesiones clínicas:Tabaquismo, EPOC, Diabetes...

OBSERVACIONES
Pendientes de programar:
Paseos saludables en zona de Ribera del Ría Ebro (Solicita colaboración responsable de deporte de la Comarca).
Diabetes- educación para la salud.
Solicita colaboración Fisioterapeuta de Casetas (escuela de salud, cadena de favores, le comentamos EPOC...)

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0862

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0872

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SALUD EN EL DIABÉTICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CONSUELO BLASCO CASTELLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRINCHAN FERNANDEZ PILAR
PUYUELO SALLAN MONSERRAT
GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ
MARIN IZAGUERRI PILAR
MIRANDA ARTO PILAR
GARCIA GARCIA ARTURO
BADIA BENITO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado las siguientes sesiones clínicas durante el año 2018:
6-3-2018 Sesión informativa sobre el programa soporte T_coach para diabéticos. Realizado por Sara Macarron.
19-4-2018 Sesión clinica sobre ulceras, curas y tratamientos en pacientes diabéticos. Realizado por Manuel Gordillo.
10-5-2018 Sesón clínica sobre neuropatía diabética y cuidado del pie diabético. Exploración etc.realizado por sara Macarron.
25-10-2018 Sesión informativa sobre paseos saludables, incluimos pacientes diabéticos 4-12-2018 Enfoque diabetes, situaciones clínicas en diabétes,y casos clínicos. realizado por Andrés Ollero y Beatriz Garayoa.
Se han realizado diferentes presentaciones por ordenador asi como casos prácticos para la utilización del aparato I.T.B. y kit pie diabético.
Los profesionales han sido informados mediante las reuniones de Calidad realizadas por el Dr. Benito Luño el 22-5-2018, y 21-11-2018.

Durante el año 2019 se han realizado las siguientes actividades:

14-2-2019 Reunión de calidad, entre los temas estaba la utilización de los datos a través del comando de diabétes. Realizada por Dr. Luño.
2-4-2019 Sesión clínica sobre el manejo de ITB
28-5-2019 Sesión clínica sobre la guía de diabétes. Realizada por Dr.Fernando Calvo.
31-10-2019 Evaluación intermedia de Proyectos de Calidad.
12-12-2019 Actualización de diabetes a cargo de la endocrino Yolanda Blasco.
16-1-2020 Reunión de calidad y se exponen los resultados de diabétes .

En las sesiones y reuniones se han utilizado el ordenador y cañón para las presentaciones, ademas de un ITB y el kit del pie diabético en las sesiones prácticas.

Los profesionales han sido informados mediante correo electrónico, así como tablón de anuncios del día de las sesiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la memoria final hemos recogido los datos del cuadro de mandos de diabetes de diciembre de 2018 y diciembre de 2019 siendo estos los siguientes indicadores:

-realización de hemoglobina glicada hba1c.en 2018 y 2019
El Centro de Salud de Alagón ha realizado 32% de pacientes en 2018 y 29% en 2019, no aumentando los datos y estando por debajo de la del sector 3 3% en 2018 y 34% en 2019.objetivo no conseguido, aunque esta bastante cerca de los datos de nuestro sector, en cuanto al segundo indicador:
-realización de la exploración del pie diabético en 2018 y 2019
El Centro de Salud de Alagón ha realizado la exploración del pie diabético en un 4% de pacientes en 2018 y en un 9% en 2019 aumentando el porcentaje un 5% . objetivo conseguido .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Equipo esta satisfecho con los resultados aunque no se han conseguido mas que uno de los dos objetivos. Consideramos que el comando de mando de diabetes esta infrautilizado en este equipo y que no hemos hecho suficiente hincapié en su utilización, para el conocimiento de pacientes en los que se ha realizado tanto la valoración de la hemoglobina glicada y la exploración del pie y así aumentar el porcentaje de pacientes mejor controlados mediante búsqueda más activa a través de los listados proporcionados por dicho comando. No obstante, el volcado de datos de la historia clínica en referencia a la hemoglobina glicada, no es completo por saturación de la memoria del ordenador, ya que se ha comprobado que no se han volcado en todas las historias clínicas. Por lo que consideramos que hay un problema informático y los datos son mejores de lo que aparecen en el comando de mando de diabetes.
En cuanto a la exploración del pie diabético aunque hemos aumentado el porcentaje, seguimos teniendo problemas con la utilización del ITB, pues solo disponemos de un aparato para el centro y los 11 anejos lo que dificulta la utilización por los profesionales, no obstante seguiremos insistiendo en los beneficios de dicha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0872

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SALUD EN EL DIABÉTICO

exploración y seguir haciendo talleres de exploración del pie diabético.
Se ha conseguido a través de una subvención del consultorio de Plasencia de Jalón, un ITB, pero lo tenemos desde Noviembre de 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/872 ========== ***

Nº de registro: 0872

Título
EDUCACION SALUD EN EL DIABETICO

Autores:
BLASCO CASTELLO CONSUELO, TRINCHAN FERNANDEZ PILAR, PUYUELO SALLAN MONTSERRAT, GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ, MARIN IZAGUERRI PILAR, MIRANDA ARTO PILAR, GARCIA GARCIA ARTURO, BADIA BENITO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

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
En nuestro centro de salud, tenemos una población envejecida y en ella un número elevado de diabéticos
En la cartera de servicios, en el servio de atención a pacientes crónicos diabéticos, se nos recomienda el control de la Hb glicada, además del control analítico con micoralbuminuria, ECG, Fondo de ojo y valoración de neuropatía, nefropatía, retinopatía, cardiopatía isquemica, arteriopatía periférica, TA, ausculatación cardiaca, examen de los pies, pulsos periféricos, sensibilidad y reflejos...

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Personas diabéticas o más años, que cumplan criterios diagnósticos de diabetes.
Mejorar el porcentaje de personas diagnosticadas de diabetes mellitus que tienen solicitada analítica con Hb A1c.
Aumentar el porcentaje de pacientes a los que se les ha revisado el riesgo del pie diabético.
Mejorar la educación para la salud de los pacientes.

MÉTODO
Formación en el equipo:Sesion clinica pie diabético, educación para los diabéticos.
Pendiente de valorar actividad comunitaria para grupo diabético, incluirlo en paseos saludables.
Recursos:kit de revisión del pie diabético, ITB. Recursos externos coach.

INDICADORES
Aumentar el porcentaje de pacientes a los que hemos solicitado Hb glicada.
Aumentar el porcentaje de pacientes revisado del pie diabético.

DURACIÓN
Desde enero a mayo del 2018, organización y formación con sesiones clínicas.
Desde junio a diciembre del 2018 promover en los profesionales la revisión del pie diabético, Hb glicada. (además del resto de actuaciones correspondientes en dicho programa):

OBSERVACIONES
Pendiente de valorar el realziar actividad comunitaria para los pacientes diabéticos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0872

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SALUD EN EL DIABÉTICO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1128

1. TÍTULO

GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MAINAR LATORRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUÑO GARCIA BENITO
PELEGRIN INGLES FELIX

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha procedido a la actualización de las recomendaciones establecidas en años anteriores en pacientes con insuficiencia cardíaca. Dicha actualización se ha realizado a la vista de las variaciones de las GPC y tras ser consensuadas por el resto del equipo.
Se ha mantenido con mínimas variaciones el protocolo establecido de atención básica a estos pacientes, tras el alta hospitalaria. Igual que anteriormente, se ha consensuado y oído las sugerencias de todos los integrantes del equipo del Centro.
Se ha realizado varias sesiones conjuntas sobre el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca y factores de riesgo cardiovascular. Se han invitado a ponentes de otros Centros de Salud y de Atención Especializada de referencia.
El grupo, ha continuado con el registro de indicadores expuestos en el siguiente apartado.
Durante el presente año no se han realizado por motivos de agenda, reuniones de revisión de casos.
Se encuentran en elaboración dípticos con consejos de cuidados.
Continua el registro de las actividades realizadas con estos pacientes en el sistema de información electrónico de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mantener de manera periódica actividades comunitarias en relación con los FRCV (antitabaco, actividad física). Se han realizado charlas informativas en colegios e institutos de la zona sobre tabaquismo y RCP. Paseos saludables,organizados desde la Comarca Ribera Alta del Ebro.
-Porcentaje de pacientes con IC en los que consta vacunación antigripal y antineumocócica: Antigripal en el 88,2%, Neumococo 32.5%)
-Porcentaje de pacientes con IC en los que consta registro de variables relevantes sobre cuidados en IC:Peso,T.A., Actividad física diaria: 96,7%
-Porcentaje de pacientes con IC polimedicados a los que se les ha revisado el tratamiento: 85,8%
-Porcentaje de pacientes IC en tratamiento con IECA/ARA II/Sacubitril-valsartan: 91, 1%
-Porcentaje de pacientes vistos por su MAP, en el mes siguiente a un ingreso hospitalario por IC: 97.8%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo de trabajo ha tenido grandes dificultades para la realización de las reuniones, dada la presión asistencial, y la 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.
Existe una gran dificultad en el acceso a los datos concretos en la información de cada paciente. Ha sido precisorevisar manualmente, paciente por paciente, los registros de la HCE en una muestra significativa de pacientes. En este aspecto los sistemas informáticos disponibles presentan grandes ineficiencias.
A destacar el alto cumplimiento de las visitas tras el alta de un ingreso hospitalario.

7. OBSERVACIONES.
Los resultados son referidos a la población total de la Zona Básica de Salud de Alagón, en pacientes con diagnóstico de ICC.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1128 ========== ***

Nº de registro: 1128

Título
GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

Autores:
MAINAR LATORRE MARIA PILAR, LUÑO GARCIA BENITO, PELEGRIN INGLES FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1128

1. TÍTULO

GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

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
La insuficiencia cardíaca es una patología muy prevalente en la consulta de Atención Primaria. Las actividades desarrolladas en el cuidado de estos paciente, en el ámbito de la Atención Primaria, resultan determinantes para su evolución.
El manejo terapéutico farmacológico, así como, las medidas higiénico dietéticas y de autocuidado representan actividades fundamentales para evitar hospitalizaciones y agudizaciones de dichos pacientes.
La continuidad asistencial en la atención de estos pacientes, es imprescindible para prestar una atención de calidad y ajustadas a las guías de practica clínica vigentes.
La comunicación entre los diferentes niveles asistenciales facilita la atención y evita duplicidades, consultas innecesarias o de poca utilidad, sobrecarga de los servicios de urgencia y hospitalizaciones. Así mismo, evita errores terapéuticos redundando en la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
• Mejorar la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).
• Puesta en marcha de actividades de prevención y detección precoz de descompensaciones en el contexto de IC.
• Diseño de mecanismos de atención rápida en A. Primaria y derivación preferente al cardiólogo de episodios de descompensación.
• Diseño de protocolo de derivación al Cardiólogo.
• Revisión de los pacientes con IC, tras una hospitalización o tras atenciones en Urgencias.
• Aumentar el grado de adhesión a la vacunación antigripal y antineumocócica entre los pacientes con IC
• Potenciar los autocuidados de los pacientes con IC
• Adecuar el tratamiento farmacológico a las Guias de Práctica Clínica Vigentes.
• Reciclaje del personal del EAP, en el manejo de los fármacos más habituales en estos pacientes.

MÉTODO
? Establecimiento de pautas de actuación ante situaciones de descompensación de IC.
? Diseño de protocolo de atención al paciente con IC tras el alta hospitalaria/atención en Urgencias.
? Protocolos de actuación en el manejo de alteraciones analíticas secundarias a tratamiento farmacológico o propias de IC (Hiperpotasemia, hiponatremia, agudización de insuficiencia renal, anemia, ferropenia).
? Creación de grupo de trabajo en IC, con reuniones periódicas para discusión de casos, rediseño de procedimientos, etc...
? Creación de documentos con información para autocuidado del paciente e información a cuidadores.
? Diseñar Indicadores de seguimiento.
? Registrar las actividades realizadas

INDICADORES
• Mantener de manera periódica actividades comunitarias en relación con los FRCV (antitabaco, actividad física).
• Porcentaje de pacientes con IC en los que consta vacunación antigripal y antineumocócica.
• Porcentaje de pacientes con IC en los que consta registro de variables relevantes sobre cuidados en IC: Peso, T.A., Actividad física diaria.
• Porcentaje de pacientes con IC polimedicados a los que se les ha revisado el tratamiento.
• Porcentaje de pacientes IC en tratamiento con IECA/ARA II/Sacubitril-valsartan.
• Porcentaje de pacientes vistos por su MAP, en el mes siguiente a un ingreso hospitalario por IC.

DURACIÓN
Abril – Diciembre 2018:
- Sesión clínica sobre uso de terapia farmacológica en IC.
- Diseño de protocolo en manejo de alteraciones analíticas en ICC.
- Inicio de reuniones para revisión de casos/grupo de trabajo IC del Centro.
- Formalización de un consenso sobre derivación de pacientes a Cardiología.
- Plantillas de información y Autocuidados para pacientes y cuidadores.

Noviembre-Diciembre 2018:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1128

1. TÍTULO

GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0928

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE ALAGON

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PILAR MIRANDA ARTO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORTES MARINA ROSA
MARTINEZ FRAILE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han monitorizado 2 indicadores de utilización de antibióticos (DHD antibióticos totales y Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación). Informes enviados por profesional de forma trimestral.

- Asistencia por parte de la persona responsable a las reuniones de grupo IRASPROA del sector III y al curso Principios de uso de antibióticos: puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en Atención Primaria
- Se han realizado formaciones específicas dirigida a profesionales en infecciones mas prevalentes, en forma de "Sesiones Clínicas" de 1 hora de duración en el CS de Alagon en un total de 4:
· 24/1/2019 : Sesion Clínica Infecciones del tracto urinario
· 21/2/2019: Sesion Técnica Antígeno Streptococo
· 26/09/2019: Sesion ITUS y recogida de muestras
· 27/09/2019: Informes de utilización de antibiótico por profesionales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
· DHD antibióticos totales. El Objetivo 2019 era 20,4 (reducción de 2% respecto a 2018) y el indicador de DHD del 2019 ha sido 17,6
· Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 1,37% (reducción de 2% respecto a 2018) y el indicador de cefalosporinas de 3ª generación del 2019 es de 1,2%.
Se han cumplido los objetivos fijados para los dos indicadores. Los datos disponibles son del periodo enero-noviembre, ya que la carga del mes de diciembre en la base de datos de consumo farmacéutico no se realiza hasta finales del mes de enero.

- El porcentaje de profesionales del CS de Alagon que ha asistido a las sesiones clínicas has sido de un 61%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de este tipo de formaciones, para poder transmitir la información a los profesionales de AP es uno de los pilares fundamentales contra la lucha del problema de las resistencias bacterianas a los antibióticos.

La sesión de infecciones de piel y partes blandas no ha sido realizada por el grupo IRASPROA por lo que no se ha podido dar en el equipo.

Seria interesante continuar en esta linea y mantener el proyecto en el CS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/928 ========== ***

Nº de registro: 0928

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE ALAGON

Autores:
CORTES MARINA ROSA BLANCA, MARTINEZ FRAILE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0928

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE ALAGON

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

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

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA)
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de atención Primaria y se consiguió la firma de la adhersión a los principios de buen uso de antibióticos. para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraidos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos

RESULTADOS ESPERADOS
promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas

MÉTODO
1.Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos
2.Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias, piel y partes blandas

INDICADORES
- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
-Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 20,4 (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 1,37% (reducción de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2019/1305

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN MAZA RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAINAR LATORRE PILAR
HERRERO GIL MARIA ANGELES
GARISA ROCHA GEMA MAGDALENA
LUÑO GARCIA BENITO
OLLERO ORTIGAS ANDRES
ABELLO BLASCO PIEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Comenzamos con el proyecto en septiembre del año 2019 tras recibir el dermatoscopio.

Sesiones clínicas realizadas por profesionales del equipo de AP:
-24 de septiembre 2019. Organización de Agendas de Teledermatología. Aprendizaje consulta virtual.
-8 de octubre 2019. Manejo del dermatoscopio.
-12 de noviembre 2019. Envío de imagenes.
- Puesta en común de los participantes del proyecto: 6 de noviembre 2019.

Cursos en relación con el proyecto:
-Jornadas Sociedad Científica, acudimos 5 profesionales del equipo. Dermatología.
-Curso de dermatoscopia en Atención Primaria. 29 octubre y 5 noviembre del 2019 . Acuden 3 profesionales del equipo.

Comenzamos a envíar imágenes el Noviembre del 2019.

En la actualidad el centro de salud posee tres dermatoscopios. Uno de la Administración y dos solicitados por subvenciones a los Ayuntamientos de la Zona Básica.

Se realizan actividades de cirugía menor, por parte de profesionales del equipo, que quedan registradas en su protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En formación:
-Las sesiones realizadas en el Centro de salud son un 100% de las propuestas.
-La asistencia de los profesionales ha sido muy alta entre los miembros del proyecto 75%
Debemos promover la asistencia del resto de los profesionales del equipo.

Como hemos empezado a realizar consultas de teledermatología en noviembre, no hemos alcanzado el 5% deseado, que era nuestro objetivo, sobre el total de derivaciones a dermatología. Pero hemos puesto en marcha el proyecto y esperamos conseguirlo durante el próximo año 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El uso del dermatoscopio en Atención Primaria es una herramienta muy util, pero requiere formación y comunicación con la Atención Especializada.
Estamos empezando a trabajar, y estamos muy ilusionados con que el proyecto vaya prosperando.
Para este siguiente año, esperamos poder recibir más formación, tanto por parte de la Administración como por el propio Equipo para poder alcanzar los objetivos propuestos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1305 ========== ***

Nº de registro: 1305

Título
DERMATOSCOPIA EN EL CS ALAGON

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1305

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

MAZA RODRIGUEZ CARMEN, MAINAR LATORRE PILAR, HERRERO GIL MARIA ANGELES, GARISA ROCHA GEMA, LUÑO GARCIA BENITO, OLLERO ORTIGAS ANDRES, ABELLO BLASCO PIEDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La creciente demanda de consulta a dermatología por lesiones potencialmente malignas o premalignas exige aumentar la capacidad técnica en los EAP para acortar el tiempo de respuesta al motivo de la consulta, auemntar la eficiencia en el diagnostico precoz de lesiones y disminuir la demanda de primera visita a la atencion especializada.
En nuestro centro de salud se identificó como oportunidad de mejora de calidad la utilización de la dermatoscopia por ser técnica diagnostica en constante expansión por su alta sensibilidad y bajo coste económico. es una técnica de baja especificidad, pero de muy alta sensibilidad.
La dermatoscopia es una técnica que con formación en el manejo del dermatoscopio y unos criterios de valoración permite el analisis de patrones y criterios de sospecha.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el diagnostico precoz de lesiones malignas y minimizar el error diagnóstico.
Dimensiones de la calidad afectada:
-Calidad ciencifico-técnica
-Eficiencia
-Accesibilidad
Objetivos secundarios:
-Formación técnica de los profesionales

MÉTODO
1-Creación de un equipo de trabajo
-En una reunión específica de calidad se propone la dermatoscopia como proyecto de mejora de calidad y se incluye en el acuerdo de gestión para 2019.
2-Realización de sesiones clínicas de formación continuada:
-Definición y diagnóstico de lesiones malignas y premalignas.
-Patrones y crierios de sospecha.Algoritmos de derivación.
-Protocolos en dermatología
-Sesión práctica manejo del dermatoscopio.
3-Diseño de indicadores y Documentación de registro:
-Documento especifíco en formato ISO.
-Registro d la actividad realizada.
-Protocolo en cirugía menor.
4-Práctica clínica:
-Aproximación diagnóstica con dermatoscopio.
-Registro de actividad en formulario.
-Cumplimentación de protocolo de cirugía menor.

INDICADORES
Evaluación del proyecto:
-Fuente interna: Recogida de hojas de registro
-Fuente externa: Datos de actividad en especilizada.
Indicadores:
-Profesionales que reciben formación. Nº de médicos que asisten a las sesiones/Nº total de médicos del EAP. Deseado 60%
-Número de sesiones clínicas realizadas. Sesiones médicas propuestas/sesiones médicas realizadas. Deseado 80%.
-Patologías por dermatoscopio. Orientación diagnóstica por dermatoscopio/Total de patologías derivadas a dermatología. Deseado 5%.
-Patologías con cirugía menor en el centro de salud. Patología registrada en el protocolo/total de patologías tratadas. Deseado 75%.

DURACIÓN
Inicio de la actividad 15-4-2019.
Formación entre mayo y diciembre 2019.
Adquisisicón del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP:junio 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1305

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

OBSERVACIONES
Para llevar a cabo este proyecto es necesario contar con un dermatoscopio y sesiones de formación con implicación de especialistas en dermatología.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1130

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S. EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LUIS MIGUEL ALUTIZ PEÑA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ENCISO CIRIANO LOURDES
PEREZ ISABEL
PUEYO ALICIA
IBAÑEZ NOELIA
FERNANDEZ MOLTO CONSUELO
PUEYO PEPA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Sept. 2019 se raliza una reuniòn de Equipo para presentar el Proyecto elaborado por un grupo de profesionales del centro de salud.
Se solicita a cada profesional binomio médico-enfermero, que realicen una bùsqueda activa de ptes mayores de 70 años que vivan solos y con indice de Barthel mayor/igual a 90.
(2 ptes por cupo). Además se priorizan aquellos que:
1.- se hallen en situaciòn de vulnerabilidad por disponer de otros criterios de fragilidad y/o aislamiento social.
2.- Sin soporte familiar o apoyo social.
Se realiza una ficha de recogida de datos cumplimentada, que se remite al responsable del programa para la selecciòn.
Muestra fianlmente seleccinada: 18 ptes.
A estos pacientes se les realizò:
1.- Test de Barthel de las Act. Bàsicas de la Vida Diaria.
2.- Cribado de fragilidad: Escala FRAIL.
3.- Bateria SPPB: para valorar equilibrio y marcha.
4.- Escala J.H.Downtown: riesgo de caidas.
5.- Test YESAVAGE (versión 5 items): valoración del estado de depresiòn.
Las 18 personas seleccinadas serán subsidiarias de intervenciòn en estilos de vida y alimentaciòn saludables, asi como otras intervenciones encaminadas a prevención de caidas, AF, revisiòn de polimedicaciòn y reducciòn de riesgos en el hogar.
Se han realizado 5 sesiones grupales (1/ mes).
Son interactivas. Una primera parte donde se exponen ideas generales-estilos saludables (15 minutos) con espacio para preguntas y participaciòn, y 10 minutos para realizar ejercicios de respiración-estiramientos.
Todas las sesiones se realizaron en el C.S. (Sala Multiusos del C.S. Bombarda: miércoles de 12,30 – 13,30h).

* SESIONES:

1ª.- Presentaciòn del proyecto, de los profesionales, objetivos.
Consejos de Estilo de Vida Saludable.
2ª.- Polimedicaciòn y còmo afecta negativamente a personas frágiles con riesgos de caidas.
3ª.- EF y Act. Fisica: resistencia aeròbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza.
4º.- Alimentaciòn y riesgos ambientales en el hogar: alimentaciòn y nutrición saludable, riesgo de caidas en el hogar,...
5º.- Recursos sociales/activos en salud.

Al final de cada reuniòn se les entrega un pequeño resumen de lo explicado para que lo lean en su domicilio, y se adquiere un compromiso de grupo para practicarlo hasta la próxima reuniòn.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La actividad ha sido muy satisfactoria tanto para los profesionales que hemos colaborado como para los ptes.
Hemos cumplido con los indicadores de actividad, ya que el proyecto se ha ceñido al guiòn, la cobertura de asistencia ha alcanzado un 90%, y no hemos perdido a ningùn paciente durante el desarrollo de la actividad.
En cuanto a los indicadores de impacto:
+ mejoras en la práctica clinica: han mejorado su funciòn respiratoria y su movilidad.
+ Una alta satisfacciòn de la actividad por parte de los ptes. con ànimo de seguir o ampliar a otros proyectos, como: "Paseos Saludables".
+ Mejora en la comunicaciòn y expresiòn de situaciones de soledad, depresiòn, tristeza,....
+ Aumento de la calidad de vida,...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se realiza una sesión informativa al Equipo del C.S para explicar todo el desarrollo del Proyecto y las Conclusiones.
Alta satisfacciòn por parte de los profesionales que han participado y tambièn por los ptes integrados en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1130

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S. EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

actividad.
Se valora la posibilidad de extender este proyecto a otras personas.
Desde el grupo, surge la iniciativa de darle continuidad, con un proyecto nuevo: "Paseos Saludables".
Los pacientes valoran muy positivamente el haberse reunido con otras personas con sus mismas necesidasdes.

7. OBSERVACIONES.
DENTRO DEL TITULO ORIGINAL DEL PROGRAMA HEMOS INTRODUCIDO UN PROGRAMA-PROYECTO QUE PODRIAMOS TITULAR: "PROYECTO DE ACTIVIDAD COMUNITARIA DE AYUDA AL ANCIANO EN RIESGO DE AISLAMIENTO SOCIAL".

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1130 ========== ***

Nº de registro: 1130

Título
AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Autores:
ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL, PRADES ELENA, MARTINEZ CEREZO MARIA PILAR, GUTIERREZ MORENO FELIX, FERNANDEZ FALCON CAMINO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
EN EL C.S. SE DETECTO UN INTERES POR REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÒN DE LA SALUD FUERA DE LAS CONSULTAS. CONSULTADO CON EL CONSEJO DE SALUD.
DADA LA PREVALENCIA DE DOLORES OSTEOMUSCULARES EN UNA POBLACIÒN ENVEJECIDA, ASÌ COMO LA IMPORTANCIA DE COMBATIR EL SEDENTARISMO Y MEJORAR LA ALIMENTACIÒN NOS PLANTEAMOS REALIZAR ACTIVIDADES EN PEQUEÑOS GRUPOS.
PARA ELLO SE SELECCIONARON VARIOS TEMAS:
1.- EJERCICIOS CERVICO- DORSALES PARA FOMENTAR EL AUTOCUIDADO Y LA DISMINUCIÒN DEL USO DE ANALGÈSICOS PARA PROCESOS BANALES.
2.- PROMOCIÒN DE HÀBITOS SALUDABLES COMO EJERCICIO DE BAJO IMPACTO LESIVO, ADECUACCIÒN DE LA DIETA CON RECETAS CARDIOSALUDABLES, AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO.
3.- ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN AZUCARES: CONOCIMIENTO DEL CONTENIDO EN AZUCAR DE LOS ALIMENTOS DE CONSUMO HABITUAL.
4.- CONOCIMIENTO DE LA RCP BASICA.

RESULTADOS ESPERADOS
PROMOVER LA INTERACCIÒN DE LOS SANITARIOS CON LA POBLACIÒN HACIENDO MÀS CERCANA LA FIGURA DEL PROFESIONAL.
- DAR HERRAMIENTAS NO FARMACOLÒGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE DOLORES OSTEOMUSCULARES, MEDIANTE LA REALIZACION DE EJERCICIOS Y ESTIRAMIENTOS, ASÌ COMO EL CORRECTO ENFOQUE ERGONÒMICO DE LAS DIVERSAS ACTIVIDADES COTIDIANAS CON EL FIN DE QUE SEAN CAPACES DE APLICARLOS EN SU EXPERIENCIA VITAL.
- PROMOVER HÀBITOS SALUDABLES COMO EJERCICIO DE BAJO IMPACTO LESIVO, ADECUACIÒN DE LA DIETA CON RECETAS CARDIOSALUDABLES, CONTROL DEL PESO Y DEL INDICE CINTURA CADERA.

MÉTODO
- SELECCIÓN DE TEMAS
- ELABORACION DE LA PARTE TEÒRICA Y SELECCIÒN DE LOS EJERCICIOS.
- ELABORACIÒN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÒN.
- INFORMAR A LA POBLACIÒN Y DISTRIBUCIÒN DE CARTELES INFORMATIVOS.
- PREPARACION DE ALIMENTOS CON GRAN CONTENIDO EN AZUCAR PARA SU FACIL VISUALIZACION.
- DEMOSTRACION CON MUÑECO DE RCP BASICA.
- RECOGIDA DE DATOS Y EVALUACION.
-…..

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1130

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S. EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

INDICADORES
- Nº DE TALLERES PROGRAMADOS / Nº TALLERES REALIZADOS > 80 %
- Nº ASISTENTES SATISFECHOS CON LA UTILIDAD DEL TALLER / Nº ASISTENTES > 80 %

DURACIÓN
I TRIMESTRE:
-FORMACION DEL GRUPO DE TRABAJO DEL PROYECTO.
- DISEÑO DEL PROCESO.
II TRIMESTRE:
-REALIZACION DE LOS TALLERES
III TRIMESTRE:
- EVALUACION PARCIAL DE LO REALIZADO
- CONTINUACIÒN DE LOS TALLERES.
IV TRIMESTRE:
- EVALUACION FINAL: 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 - 2019/1028

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE BOMBARDA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FELIX GUTIERREZ MORENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ FALCON CAMINO
MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL
SANCHEZ BUEY MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo de 2019 se han realizado 3 reuniones centralizadas:

- 14 de marzo, Infeccciones respiratorias.
- 13 de junio. Infecciones urinarias.
- 1 de octubre, Informe de antibióticos y monitorización de indicadores.

Así mismo, se han realizado 2 reuniones en el Centro de Salud:

- 14 de junio, Infeccciones respiratorias.
- 17 de octubre, Infecciones urinarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La tasa de consumo de antibióticos de uso sitémico fue de 11,2, disminuyendo la tasa del año 2018, que fue de 11,5.
- La tasa de consumo de antibióticos de espectro reducido respecto del total fue de 30,4%, aumentando el porcentaje del año 2018 que fue de 29,3.
- El porcentaje de profesionales que han acudido a las sesiones clínicas de formación sobre antibióticos fue del 76%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha habido una mejora en los 2 indicadores elegidos. En la tasa de consumo de antibióticos de uso sistémico partíamos de una tasa muy baja (11,5) frente a la del sector (15,7) y aún así, se ha conseguido rebajar. Muy importante si vemos que el objetivo era una tasa del 18,2.
El consumo relativo antibióticos de espectro reducido respecto del total también ha mejorado (30,4%) quedándose a una décima del objetivo fijado (30,5%).
Esto último pude tener explicación. Nuestro centro ha tenido durante este año varios cambios de médicos, tanto de titulares como de MAC, lo que ha podido afectar al uso de los antibióticos, ya que procedían de lugares diferentes o servicios de urgencias. Esto ha podido ralentizar el crecimiento previsto, aunque se ha seguido creciendo en el porcentaje de uso de antibióticos de uso restringido.
La asistencia a las sesiones ha sido del 76%. Este dato podría mejorar, pero al tratarse de un centro que presenta con frecuencia masificación y al tener que realizarlas, lógicamente, en horario de trabajo, puede restar la asistencia de personal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1028 ========== ***

Nº de registro: 1028

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE BOMBARDA

Autores:
GUTIERREZ MORENO FELIX, FERNANDEZ FALCON CAMINO, MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL, SANCHEZ BUEY MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

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:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1028

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE BOMBARDA

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

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO
Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
• % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
• Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 18,2 (Mantener por debajo de la media del sector)
-Porcentaje de DDD de antibióticos de espectro reducido. Objetivo 2019: 30,5% (aumento de 2% respecto a 2018)
• Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2019/0903

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE BORJA

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE FRANCISCO GARAFULLA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BORJA
· Localidad ..... BORJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como responsable de PROA-AP en el CS de Borja he asistido a las siguientes sesiones realizadas por farmacia del sector ZARAGOZA III:
- 14 de marzo infecciones respiratorias.
- 13 de junio infecciones urinarias.
- 1 de octubre informes de antibióticos y monitorización de indicadores.

Estas sesiones se han impartido en el CS de Borja con las siguientes fechas:
- 3 de abril infecciones respiratorias.
- 27 de junio infecciones urinarias.
- 19 de diciembre informes de antibióticos y monitorización de indicadores.

Durante el año 2019 hemos iniciado en Atención Continuada el uso de Streptotest.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Destacar que el CS de Borja ha mejorado todos los indicadores evaluados:
1) Tasa de de consumo de antibióticos de uso sistémico (J01), DHD, de 20,3 DHD en 2018 a 18,2 DHD en 2019 (había que reducirlo).
2)Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%) de 40,9% en 2018 a 48,6% en 2019 (había que aumentarlo).
3)Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico (%) de 58,6% en 2018 a 66,3% en 2019 (había que aumentarlo).
4) Consumo de macrólidos respecto al total (%) de 20,9% en 2018 a 18% en 2019 (había que reducirlo). Este indicador está ligeramente por debajo de la media de Aragón.
5) Consumo de fluorquinolonas respecto al total (%) de 9,3% en 2018 a 7% en 2019 (había que reducirlo). Este indicador está por debajo de la media de Aragón.
6) Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%) de 1,2% a 1,1% en 2019 (había que reducirlo). Este indicador está muy por debajo de la media de Aragón.

* Fuente: informe de consumo de antibióticos IRASPROA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos disminuido el uso de antibióticos, con especial mención de macrólidos, fluorquinolonas y cefalosporinas de 3ª generación y hemos implementado el uso del sterptotest con buena acogida entre profesionales y usuarios.
La sesión sobre infecciones de piel y partes blandas, no se ha realizado aún ya que todavía no se ha actualizado el capítulo correspondiente de la guía autonómica de uso de antimicrobianos en Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.
Destacar la alta participación e interés de los profesionales del CS de Borja en las sesiones impartidas (infecciones respiratorias - 20 personas, infecciones urinarias - 22 personas y sesión informes de antibióticos y monitorización de indicadores - 23 personas).

*** ========== Resumen del proyecto 2019/903 ========== ***

Nº de registro: 0903

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE BORJA

Autores:
GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO, COBOS HERNANDEZ ANA MARIA, GAYARRE JORGE RAIMUNDA, BENAVIDES MORAZ MARIA JOSE, CLEMENTE ARMENDARIZ BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BORJA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0903

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE BORJA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Infecciones urinarias e infecciones de piel y partes blandas.
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).

El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan contra la Resistencia a los antibióticos.

También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de Atención Primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.

Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO
1.- Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.

2.- Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
* % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
* Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019.
DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 22,9 (reducción de 2% respecto a 2018).
Porcentaje de macrólidos. Objetivo 2019: 20,3% (reducción de 2% respecto a 2018).
* Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.

Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias.
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

Junio-Septiembre-Diciembre: monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2019/0194

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JAIME BONA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALIAGA GONZALEZ CARMELO ETITER
ARQUILLUE VARONA SARA
GARCIA NAVALON PILAR
GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR
NAVARRO MAS MARIA VICTORIA
POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL
RIOS LAZARO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Solicitud de acreditación (18/3/2019)
- Impartir 5 Sesiones dermatoscopia (mayo y septiembre 2019)
- Impartir 2 Sesiones formativas y organizativas sobre teledermatoscopia (julio y octubre 2019)
- Asistencia a 2 reuniones formativas sobre teledermatología en HCU

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha asistido al 100% de las reuniones de teledermatología convocadas por la Dirección (standard: asistencia de 1 miembro del EAP)
- Se han impartido más de 5 sesiones formativas en el centro de salud (standard >5). Fuente: actas sesiones
- Asistencia promedio a las sesiones 9.33 profesionales (standar >50% médicos EAP). Fuentes: actas sesiones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La formación en dermatoscopia ha sido muy satisfactoria para los profesionales, si bien demandan mayor número de sesiones debido a la complejidad de la técnica.
Actualmente está en funcionamiento el envío de imágenes mediante teledermatoscopia lo que acorta los tiempos de espera para la exéresis de determinadas patologías tumorales.
Es importante mejorar la formación de los profesionales en dermtoscopia con el fin de disminuir el número de derivaciones innecesarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/194 ========== ***

Nº de registro: 0194

Título
FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

Autores:
BONA GARCIA JAIME, ALIAGA GONZALEZ CARMELO ETITER, ARQUILLUE VARONA SARA, GARCIA NAVALON PILAR, GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR, NAVARRO MAS MARIA VICTORIA, POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL, RIOS LAZARO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

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

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

PROBLEMA
La dermatoscopia permite que los médicos puedan visualizar in vivo estructuras y colores de la epidermis, unión dermoepidérmica y dermis superficial, que no son visibles mediante la simple inspección. Es una técnica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0194

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

Numerosos estudios han demostrado que la dermatoscopia es una herramienta útil y barata que mejora notablemente la capacidad de detección de melanomas entre los médicos de familia, comparado con la detección de visu. Aumentando en algunos casos la sensibilidad del 54% al 74%. La dermatoscopia podría evitar biopsias y derivaciones a Dermatología innecesarias, a la vez que aumentaría la confianza de los médicos de familia en el diagnóstico de lesiones sospechosas de malignidad.

En los últimos 20 años la incidencia de melanoma ha aumentado a un ritmo más acelerado que cualquier otra neoplasia en España, su tendencia a aumentar es la más alta y las proyecciones realizadas en España indican que esta situación continuará en el futuro.

Los médicos de AP se basan con frecuencia en la regla de predicción ABCDE para establecer el diagnóstico de sospecha. Esto supone su detección en fases avanzadas y en muchos casos es tarde para obtener un resultado satisfactorio con el tratamiento. Los melanomas que se diagnostican de forma precoz tienen una supervivencia cercana al 100%, mientras que los tumores más avanzados muestran una supervivencia inferior al 10% a los 5 años. Un diagnóstico a tiempo y un seguimiento de este cáncer cutáneo permite salvar muchas vidas y reducir la necesidad de tratamientos agresivos.
La regla de predicción ABCDE no es útil para para confirmar el diagnóstico por su baja especificidad. El apoyo de la dermatoscopia permitirá evitar un elevado número de biopsias innecesarias.

En una revisión sistemática, la dermatoscopia demostró ser más sensible que la simple inspección para el diagnóstico de melanoma, incluso aplicada por médicos de familia adecuadamente entrenados. Vestergaard et al., en su revisión sistemática, aconsejaron el uso del dermatoscopio, que demostró más seguridad diagnóstica que la simple inspección aislada (grado de recomendación A)

En el estudio de Argenziano et al. se concluyó que se podía recomendar el uso de la dermatoscopia porque mejoraba la capacidad del MF en la criba de lesiones sugestivas de cáncer de piel sin aumentar el número de consultas innecesarias a dermatólogos (grado de recomendación A).

El dermatoscopio permite la detección precoz de lesiones sugestivas de melanoma antes de que aumenten de tamaño, permitiendo la derivación urgente/preferente a dermatología y adelantándose el tratamiento. Por tanto, aporta mayor seguridad al médico de familia ante lesiones melanocíticas para derivar de forma preferente ante signos evidentes de sospecha precoz.
También facilita el diagnóstico de otras patologías dermatológicas tumorales (no melanocíticas) y no tumorales.

La formación en dermatoscopia en el centro de salud permitirá también completar la formación al médico residente en la atención a la patología dermatológica y facilitará la participación de los profesionales en el proyecto “TELEDERMA” en el que se enviarán fotos tomadas mediante dermatoscopia al servicio de Dermatología.

RESULTADOS ESPERADOS
Principal: Formar y capacitar a los profesionales en el uso del dermatoscopio, optimizándose así las derivaciones a dermatología y detección precoz del melanoma en fases iniciales
Secundarios:
- Completar la formación en el área dermatológica de los médicos residentes
- Facilitar la implantación de “TELEDERMA”

MÉTODO
Programa formativo inicial sobre patología tumoral dermatológica (clínica y dermatoscópica) (4 sesiones de 75 min). Se solicitará acreditación (abril-junio 2019).
Sesiones formativas posteriores de refuerzo (casos clínicos) y resolución de dudas (octubre-diciembre).
Participación en las reuniones indicadas por la Dirección de AP para poner en marcha “TELEDERMA”
Organización de los circuitos internos en el EAP para realizar las derivaciones mediante “TELEDERMA”

INDICADORES
- Ha asistido un miembro del EAP a las reuniones sobre “TELEDERMA”
- nº sesiones impartidas por el EAP. Estándar> 5 sesiones/año
- nº de asistentes a las sesiones promedio. Estándar >50% de los médicos

DURACIÓN
- Solicitud acreditación sesiones: febrero-marzo 2019
- Sesiones formativas iniciales: Abril-Junio 2019. Impartidas por Jaime Bona.
. Sesiones formativas posteriores: octubre-diciembre 2019. Impartidas por Jaime Bona
- Organización de los circuitos internos para realizar las derivaciones mediante “TELEDERMA” marzo-junio 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0194

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0489

1. TÍTULO

FORMACION EN PIE DIABETICO Y USO DEL DOOPLER

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... AFRICA ORENSANZ ALAVA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
BONA GARCIA JAIME
CASTILLO NAVARRO ANTONIO
MILLAN PLANO EDUARDO
PALLARES SISAMON FELIPE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras el porcentaje tan bajo que se percibió en el cuadro de mandos sobre la revisión del pie diabético en nuestra ZBS, se realizó una sesión teórico-práctica al EAP para la detección precoz y diagnóstico del pie diabético en atención primaria a través de una correcta clasificación del riesgo de ulceración del pie que permita una rápida derivación de los pacientes con “riesgo alto o ulcerado”.

El cribado del pie diabético en atención primaria en OMI-AP consiste en una inspección del pie (calzado, callos plantares, deformidades, ulceras, cuidados de la piel y uñas, higiene y coloración), exploración neurológica (sensibilidad táctil, vibratoria, térmica y los reflejos OT aquileos) y exploración vascular (palpación de pulsos e índice tobillo-brazo a través del uso del doppler).
Una vez realizada la exploración del pie diabético, se procede a valorar el riesgo.
Si presenta riesgo alto o ulcerado se debe derivar a la unidad del pie diabético (se explica como derivar a la unidad del pie diabético).

Una vez realizada la parte teórica, se procede a realizar la parte práctica, dónde todos los miembros del equipo realizaron la exploración completa del pie diabético y se resolvieron dudas.

El calendario se ha cumplido adecuadamente:
- La sesión teórico-práctica se realizó en Marzo y en Enero se ha realizado la sesión de evaluación final y análisis de indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A la sesión teórica-práctica asistieron los miembros del equipo de medicina y enfermería.
En la encuesta de satisfacción quedó reflejado que la sesión cumplió con las expectativas en el 100%.
Además, al evaluar nuevamente los indicadores del cuadro de mandos, se ha aumentado a un 22,9% (según indicadores cuadro de mandos de diabetes) la población a la que se le ha realizado el cribado del pie diabético, cumpliendo satisfactoriamente las expectativas y con la intención de aumentar este porcentaje a lo largo de este año para prevenir las complicaciones del pie diabético.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El EAP se siente muy satisfecho, tras la sesión realizada, se ha cumplido con los objetivos propuestos. Y lo más importante ha aumentado el porcentaje de revisiones del pie diabético, con ello, aumenta la prevención y disminuyen las complicaciones.
El EAP se ha sensibilizado con el tema y desea continuar aumentado el porcentaje de revisiones del pie diabético.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/489 ========== ***

Nº de registro: 0489

Título
FORMACION EN PIE DIABETICO Y USO DEL DOOPLER

Autores:
ORENSANZ ALAVA AFRICA, ALVAREZ LAGARES MERCEDES, BONA GARCIA JAIME, CASTILLO NAVARRO ANTONIO, MILLAN PLANO EDUARDO, PALLARES SISAMON FELIPE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0489

1. TÍTULO

FORMACION EN PIE DIABETICO Y USO DEL DOOPLER

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Diabetes Mellitus es un proceso crónico que afecta a 88028 personas en Aragón (prevalencia 6,79%) (cuadro de mandos diabetes de Aragón: 29/10/2017). Constituye un problema significativo a nivel personal y de salud pública, no solo por su elevada prevalencia e incidencia, sino por las graves complicaciones potenciales que pueden aparecer en su evolución: enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, retinopatía, insuficiencia renal y afectación del pie ("pie diabético").

El pie diabético es una complicación de la diabetes que se asocia con una importante morbilidad, mortalidad, costes, y disminución de la calidad de vida. Puede ocasionar importante discapacidad y en ausencia de control del paciente y manejo inadecuado, puede derivar hacia un resultado desfavorable con una posible amputación del pie o pierna. La diabetes mellitus puede considerarse la primera causa de amputación no traumática en miembros inferiores.
Esta entidad clínica afecta con mayor frecuencia a la población diabética entre 45 y 65 años, es más prevalente en varones que en mujeres, y en la diabetes tipo 2 respecto a la tipo 1.
El riesgo de amputaciones para los pacientes diabéticos es hasta 15 veces mayor que en pacientes no diabéticos. La incidencia de amputaciones en pacientes diabéticos muestra una gran variabilidad, se sitúa entre 2,5-6/1000 pacientes diabéticos/año. Las tasas de mortalidad, sobre todo cardiovascular, tras una úlcera y la amputación son muy elevadas, casi un 60% de las personas fallecen en el transcurso de 5 años tras una amputación y casi un 40% en el caso de las úlceras.
Se estima que entre un 5-10% de los pacientes con diabetes desarrollarán una úlcera en el pie a lo largo de su vida. El 85% de pacientes que sufren amputaciones secundarias a pie diabético han padecido con anterioridad la aparición de una úlcera diabética. El manejo especializado de las úlceras determinará una mejora en el pronóstico de estos pacientes, tanto funcional como en términos de supervivencia.

El Programa de atención integral a la diabetes en Aragón (mayo 2014) establece en el seguimiento de los pacientes diabéticos varias líneas para la prevención, detección y atención a las complicaciones crónicas. Una de estas líneas es el procedimiento de "atención al pie diabético", cuyo objetivo es "Identificar factores de riesgo de mala evolución del pie diabético con la finalidad de intensificar cuidados y visitas de seguimiento".

Se establecen como objetivo prioritario para disminuir las complicaciones asociadas con el pie diabético, el incremento del cribado del pie diabético en el nivel asistencial de atención primaria, teniendo como herramienta de monitorización el cuadro de mandos de diabetes. Para ello, se establecen actuaciones de formación y de difusión a nivel de atención primaria y se modifican las herramientas informáticas en OMI que darán soporte al registro de la evaluación del riesgo del pie.

En la ZBS la cobertura de exploración de pie diabético registrada en OMI, presentada en el cuadro de mandos de diabetes alcanza al 9% de los diabéticos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la formación en el diagnóstico y detección precoz del pie diabético en atención primaria, a través de una correcta clasificación del riesgo de ulceración del pie que permita una rápida derivación de los pacientes con "riesgo alto o ulcerado"

Específicos:
- Formar a los profesionales del EAP en el diagnóstico y detección precoz del pie diabético.
- Formar a los profesionales en el uso del Doopler para detección de arteriopatía periférica en pacientes diabéticos.
- Conseguir al menos un 20% de exploraciones de pie diabético a la población diabética de la ZBS.

MÉTODO
-Se mantendrá al menos una sesión formativa y motivadora con los profesionales médicos y de enfermería.
-Se presentarán a los profesionales datos del cuadro de mando de diabetes en lo relativo a pie diabético.
-Se evaluará a final de año los indicadores seleccionados mostrando los resultados al EAP y haciendo propuestas de mejora para el siguiente año.

INDICADORES
-Se ha realizado sesión formativa: Estándar SI
-Nº asistentes a la sesión formativa. Estándar >50% del EAP
-Se ha realizado sesión de evaluación: Estándar SI
-Nº asistentes a la reunión de evaluación.Estándar >50% del EAP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0489

1. TÍTULO

FORMACION EN PIE DIABETICO Y USO DEL DOOPLER

-Nº de pacientes diabéticos con revisión de pie diabético/Nº pacientes diabéticos >= 20% (obtenido del cuadro de mandos de diabetes)

DURACIÓN
Sesión formativa inicial en el mes de marzo 2019. Ponente África Orensanz.
Sesión de evaluación final en el mes de enero 2020 y análisis de indicadores. Ponente Jaime Bona.

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 - 2019/0693

1. TÍTULO

APOYO A LA CRIANZA Y MASAJE INFANTIL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NURIA GARIN PORTERO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA
ORESANZ ALAVA AFRICA
AGUDO GARCIA ROSA MARIA
MARQUES ROYO MARIA JESUS
ALVAREZ LAGARES MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La primera reunión con Pediatra y Enfermeras fue el 20 de febrero donde decidimos realizar este proyecto. Durante el Mes de mayo fuimos organizando la manera de captación y la distribución de tareas. El 2 y 4 de octubre nos reunimos para cerrar horarios y fechas en agendas y comenzar a captar a las familias. Se comunicó al EAP y coordinadores.
El Proyecto consta de 4 talleres comenzando el 30 de octubre hasta el 27 de noviembre en horario de 9:00 a 10:30 en la sala de Fisioterapia del CS Cariñena.

CAPTACIÓN (realiza durante el mes de octubre)
Consulta pediatría recién nacidos, Pediatra informa verbal y coge teléfonos. Se les informa de la actividad y se pide el compromiso de acudir a los 4 talleres. Las familias deben aportan su aceite, toalla y manta.

PRIMER DÍA:
30 octubre
Acuden 6 familias
-Cuestionario inicial y autorización de imágenes.
-Principios del masaje infantil y Masaje EEII y estiramientos
-Dudas, lactancia o fórmula, temas que quieran hablar, …

SEGUNDO DÍA:
8 noviembre
Acuden 4 familias
-Masaje Abdomen y pecho
-Cólico lactante, gases, estreñimiento
- Las mamás se animan a realizar preguntar y a compartir experiencias,

TERCER DÍA: (pendiente de realizar)
20 noviembre
-Masaje Brazos y cara
-Infección respiratorias, fiebre ¿?

CUARTO DÍA:
27 noviembre
-Masaje Espalda y repaso global
-Dudas
-Cuestionario final (repetir la del primer día)
-Encuesta de satisfacción

EVALUACIÓN
Cuestionario antes y después de los talleres para medir datos objetivos
Encuesta de satisfacción
Observación de los Profesionales (Enfermeras de Pediatría, Pediatra)
Imágenes y vídeos durante las sesiones

MATERIALES Y RECURSOS
Cuestionario antes y después de los talleres para medir datos objetivos
Encuesta de satisfacción
Se les entrega al final del curso un dosier personalizado a las familias con las técnicas y recomendaciones
Autorización de imágenes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS-OBJETIVOS
Han asistido 6 familias el primer día y el segundo día 4 familias. Ha habido una diversidad cultural, lo que ha enriquecido enormemente el grupo de crianza. Contábamos con una bebé prematura y con bebés en diferentes meses.
Todavía quedan por realizar 2 sesiones más.
Resultados no tendremos hasta completar el programa y volver a realizar el cuestionario el último día, de ahí

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0693

1. TÍTULO

APOYO A LA CRIANZA Y MASAJE INFANTIL

sacaremos conclusiones.
En todos los casos ha acudido el bebé con su madre (los papás estaban trabajando)

SITUACIÓN INICIAL-FINAL
Primer día asistieron 6 familias, el segundo 4 familias, quedan sesiones por realizar.

GRADO CUMPLIMIENTO OBJETIVOS
Se han cumplido los objetivos
Generales:
Promover nuevas relaciones y apoyo mutuo y proporcionar un espacio de intercambio entre familias y los profesionales sanitarios de AP.

PARTICIPACIÓN
En las dos sesiones que hemos realizado, el primer día asistieron 6 familias y el segundo día 4 familias. Ha habido un enorme intercambio cultural., lo que ha enriquecido enormemente el grupo de crianza.
En todos los casos ha acudido el bebé con su madre (los papás estaban trabajando)
EL primer día el coloquio y preguntas fue muy escueto; el segundo día, las mamás comenzaron a formular más cuestiones y a contar más experiencias personales, creándose una atmósfera enriquecedora y muy amena.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo del proyecto ha funcionado coordinadamente, tanto en la gestión antes y durante el proyecto. Y todos los miembros han participado de una u otra manera en el desarrollo adecuado del mismo
Ha funcionado por la participación y el compromiso de las familias, por la actividad en sí que no requiere de un espacio ni material concretos, y por la predisposición del equipo del proyecto y las familias.

REORIENTACIÓN
Mejorar la difusión
Traducción del cuestionario a diferentes lenguas.
La no continuidad de algunas familias en los talleres
Crear nexo unión con guardería
Lograr que quedaran solas las familias tras el proyecto

SOSTENIBILIADAD
Sí, se puede exportar a otro Centro de Salud

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/693 ========== ***

Nº de registro: 0693

Título
APOYO A LA CRIANZA Y MASAJE INFANTIL

Autores:
GARIN PORTERO NURIA, POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL, JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, ORESANZ ALAVA AFRICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Lactante
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El proyecto actual se centra en realizar un apoyo a las familias en los primeros meses de vida del bebé y enseñar la correcta técnica de masaje infantil para mejorar el disconfort del lactante.
Promoviendo las relaciones y como herramienta para llegar a familias de los 11 municipios que componen la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0693

1. TÍTULO

APOYO A LA CRIANZA Y MASAJE INFANTIL

Zona de Salud de Cariñena

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: bebés 2-4 meses y padres
Los objetivos de este proyecto son:
-Proporcionar un espacio de intercambio entre las familias y los profesionales sanitarios de AP
-Mejorar el disconfort del lactante
-Promover nuevas relaciones y apoyo mutuo
-Reducir costes al Sistema Sanitario al tener bebés más saludables

MÉTODO
Talleres prácticos acompañados de charlas para aumentar los conocimientos y eliminar tabúes, donde se adiestrará a las familias en las técnicas del masaje infantil y y apoyo a la crianza
Se realizará un programa de 4 talleres prácticos donde se enseñaran las técnicas de masaje y cada día se plantearán diferentes aspectos relacionados con la crianza: nutrición, cólico del lactante, cuidados del bebé, cuidados de la madres, porteo, sueño….

INDICADORES
Se realizará la captación e información a las familias en las consultas programadas de Pediatría y enfermería Pediátrica
Al finalizar se realizará una encuesta.

DURACIÓN
Programa de 4 talleres en función de nacimientos

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 - 2019/0818

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES Y RECOMENDACIONES POR LA RADIO

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES ALVAREZ LAGARES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Por problemas de cambio de persona responsable en la radio de Cariñena y carga de trabajo no se ha podido llevar a cabo este proyecto y se intetara llevar a cabo durante 2020, si es posible y se nos permite

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Por ahora no valorables

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Me gustaría poder en este 2020 realizar este proyecto ya que en 2019 por diversos problemas no ha podido ser posible.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/818 ========== ***

Nº de registro: 0818

Título
HABITOS SALUDABLES Y RECOMENDACIONES EN LA RADIO

Autores:
ALVAREZ LAGARES MARIA MERCEDES, GARIN PORTERO NURIA, MILLAN PLANO EDUARDO, JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

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 .: Otros
Otro tipo Objetivos: Fomentar cambios activos

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

PROBLEMA
El proyecto actual se centra en la difusión a través de la radio Campo de Cariñena de hábitos saludables y recomendaciones de salud para la Comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Comunidad
Los objetivos de este proyecto son:
-Fomentar el autocuidado
-Propagar información en forma de ideas y conceptos
-Convertir al ciudadano en agente activo
-Fomentar los cambios activos y de comportamiento

MÉTODO
Propagación de información a través de este medio de comunicación masas
Participación planificada en el programada de Radio Campo de Cariñena

INDICADORES
Se realizaran diferentes secciones: hábitos salud, recomendaciones posturales, alimentación, vacunación, prevención accidentes domiciliarios, uso adecuado antibióticos,…..
Acceso a los Podcast de las intervenciones de los componentes del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0818

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES Y RECOMENDACIONES POR LA RADIO

DURACIÓN
Secciones mensuales y/o semanales programadas en la Radio de Campo de Cariñena

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 - 2019/0875

1. TÍTULO

RCP-ANDO EN EL COLE

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA JIMENEZ FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARIN PORTERO NURIA
ORENSANZ ALAVA AFRICA
POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
MEZQUITA ADAN CRISTINA
VELERO GUILLEN PATRICIA
BALLESTEROS ABAD ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Marzo de 2019 se contacta con la Jefa de Estudios del colegio Santo Cristo Santiago de Cariñena para proponer realizar el proyecto en el centro con muy buena aceptación.Se les ofrece realizar cualquier tipo de sugerencia o cambios que consideren.Nos comunican que ya tienen hecha la programación de ese curso escolar 2018-2019 por lo que quedamos en volver a contactar en Septiembre para incluirlo en el curso escolar 2019-2020.
El 18 de Septiembre, nos reunimos con la Directora del centro escolar para unificar ideas, valorar sus necesidades, concretan los objetivos del proyecto y valorar sus propuestas.Se decide inicialmente poner en marcha el proyecto para los alumnos de 5º y 6º de primaria.Queda pendiente concertar número de sesiones y fechas, en espera de que la directora transmita toda la información al resto del equipo docente .Considera que un buen momento sería cuando se trabaje en el centro el tema del cuerpo humano, hábitos saludables y primeros auxilios.
El 27 de Septiembre contacta nuevamente con nosotros la Directora del centro para comunicarnos lo que el resto del equipo docente le ha transmitido.Se decide poner en marcha el proyecto en los cursos de 5º y 6º. Son dos vías por curso con un total de 34 niños por curso.Para mayor comodidad a la hora de hacer los talleres, nos ofrecen la posibilidad de juntar las dos vías de cada curso en un aula, distribuirnos el personal sanitario entre las dos clases y poder dar simultáneamente el taller en ambos cursos .Nos proponen realizarlo durante el mes de Noviembre que es cuando estarán dando los alumnos/as en el centro el cuerpo humano.Nos dan libertad para elegir día y el horario .
Nos reunimos en nuestro Centro de Salud los componentes del equipo del proyecto para determinar fecha y hora y elaborar el material necesario para impartir los talleres.Se propone como fecha el 6 de Noviembre y se comunica a la Dirección del Centro Escolar.
Se elabora material didáctico para impartir el taller:
Se prepara una presentación de power point para la parte teórica para hacerlo de una forma más visual y amena adaptada a la edad de los niños/as .En la presentación se les enseña a reconocer lo que es una pérdida de conciencia, a comprobar la seguridad en la escena, a reconocer la parada cardiorespiratoria, cómo pedir ayuda y el uso correcto del teléfono de emergencias 112, cómo se realiza la posición lateral de seguridad y los pasos de la reanimación cardiopulmonar básica mediante la administración de compresiones torácicas.
Se elabora también un vídeo para apoyar la parte práctica en la que repasa de nuevo la secuencia de la RCP y en el que se visualizan personas haciendo maniobras de masaje cardiaco siguiendo el ritmo de varias canciones .El objetivo es que los alumos/as puedan practicar el ritmo al que debe realizarse el masaje cardiaco y reforzar las nociones teóricas.
Se elaboran test de evaluación y encuestas de satisfacción:
Se elabora un test inicial de valoración de conocimientos para pasar a los alumnos antes de que se les imparta el taller.Se realiza en forma de preguntas con respuestas cerradas tipo test.Se les pregunta si saben lo que es una parada cardiorespiratoria, lo que significan las siglas RCP, si creen que un niño/a de su edad es capaz de salvar una vida con sus manos, si conocen el teléfono al que hay que pedir ayuda si te encuentras una persona incosciente y si conocen lo que es la posición lateral de seguridad.
Se prepara el mismo test para que lo realicen cuando termine el proyecto.
Se elabora una encuesta de satisfacción también con preguntas tipo test con respuesta cerrada sobre el taller para pasar a los alumnos .Se les pregunta si antes de que se les impartiera el curso sabían algo sobre lo que se les ha explicado de parada cardiaca y RCP, si les ha gustado recibir esa formación y si creen que es útil saberla, si se consideran pequeños para aprender ese tipo de cosas, si les gustaría que volvieran a realizarse este tipo de talleres en su colegio, si ahora se encontraran una persona incosciente si sabrían que hacer y si se atreverían a poner en marcha las maniobras aprendidas .También se añade un apartado para hacer una valoración general del taller puntuando con caras de satisfacción del 1 al 5 .Se incluye un apartado de observaciones y sugerencias para que los niños/as puedan escribir libremente.
Se elabora también una encuesta de satisfacción para pasar a los profesores donde se les pregunta si habían recibido los niños algún taller similar desde que habían entrado al centro, si les ha parecido adecuado en cuanto a contenidos, metodología y tiempo,si conocían o habían practicado alguna vez las maniobras de RCP, compresiones toracicas, posición lateral de seguridad, si consideran que es útil comenzar con la enseñanza de estos conceptos y maniobras de atención a la emergencia a niños tan pequeños,si creen que sería recomendable que estos talleres se repitieran de forma reglada para los niños de este curso y si se ven preparados para recordar estos conceptos a los alumnos a lo largo del curso .También se deja un apartado de opiniones y sugerencias para que los docentes puedan escribir libremente .
Se concierta otra reunión con la Directora del centro.Se le muestra el material elaborado para impartir el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0875

1. TÍTULO

RCP-ANDO EN EL COLE

taller con muy buena acojida y se le dan los test iniciales para pasar a todos los alumnos/as antes de que impartamos en taller.Se le indica que los niños/as lleven ese día a clase algún muñeco o peluche para realizar la parte práctica.
El 6 de Noviembre se acude al centro escolar a impartir el taller .Asisten del centro de salud 3 enfermeras, la MIR de medicina de familia y comunitaria que está rotando en este momento en pediatría y la pediatra .Se distribuyen médicos y enfermeras en dos aulas.En una de ellas se ha agrupado a los alumnos de 6º con sus dos tutores y en otra a los de 5º con sus dos tutores.Los tutores nos hacen entrega de las encuestas de valoración de conocimientos inicial que habían rellenado los alumnos el día anterior.
Se imparte la teoría con el apoyo del power point a la vez que otros de los miembros del equipo van haciendo demostración práctica de lo que se va contando . Después,se repasa la secuencia de reanimación con los niños.Practican por parejas supervisados por el personal sanitario, la maniobra frente mentón, comprobación de respiración y posición lateral de seguridad .
La técnica del masaje cardiaco se practica sobre muñecos y peluches .Se proyecta al mismo tiempo el vídeo elaborado con canciones para ayudarles a mantener el ritmo adecuado.
Se les deja en los ordenadores del centro el material elaborado para que puedan utilizarlo si precisan .Se comenta nuevamente a los tutores la idea de seguir con el proyecto, que elaboren material para colgar por el colegio con la secuencia de reanimación y con el 112 y que estos alumnos pudieran ayudar a formar a alumnos de otros cursos más pequeños.Así se implica a todos en el proyecto, alumnos/as, personal docente y personal sanitario y los niños/as reforzarían los conocimientos aprendidos.Se les ofrece apoyo del personal sanitario para continuar con el proyecto en el centro.Los tutores nos comentaron que tienen toda la programación muy ajustada y que podrían ir haciéndolo ellos en pequeños grupos durante las clases de educación física .
La semana de después de realizar los talleres, se envían al centro las encuesta de evaluación final y las encuestas de satisfacción para los alumnos/as y del profesorado.
Se hace recuento de los resultados obtenidos en las encuestas iniciales(7-8 Noviembre).
El 7 de Enero, contactamos con la Dirección del centro escolar para recoger los resultados de los test de evaluación de conocimiento finales y encuestas de satisfacción.Nos comentan que no los pudieron pasar en Diciembre.Nos los entregan el 14 de enero, 2 meses después de la realización del taller.Quedan pendientes en hablar con los tutores para comunicarnos las actividades que han realizado después en el centro.
El 23 de Enero, volvemos a contactar con la Dirección del centro.Nos comunican que los alumnos de 5 º han realizado más prácticas de RCP para reforzar conocimientos con el tutor de una de las aulas durante algunas de las sesiones de educación física que el mismo imparte.No han realizado la actividad de impartir el taller a alguno de los otros cursos más pequeños como concertamos en la fase inicial del proyecto y donde el personal del Centro de Salud nos ofrecimos también a participar y apoyar .Nos comentan que han tenido unos meses complicados con obras de ampliación en el centro escolar y que el profesor de educación física que imparte a los alumnos de 5º sólo da clase en último ciclo de primaria . Tienen la programación escolar preestablecida que les limita mucho sacar tiempo para otras actividades; con lo que según nos refieren, no les ha sido posible continuar con el proyecto en cursos de otros ciclos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados obtenidos en los test iniciales de evaluación de conocimientos:
¿Sabes lo que es una parada cardiorespiratoria?
Alumnos 6ª:Test inicial:Respuesta correcta el 61,8% Test final : respuesta correcta 85,7%
Alumnos 5º :Test inicial : respuesta correcta 67,6% Test final: respuesta correcta 94,7 %
¿Sabes lo que significa RCP?
6º:Test inicial:Respuesta correcta el 64,7% Test final : respuesta correcta 97,1%
5º:Test inicial: respuesta correcta el 55,9% Test final:respuesta correcta 94,7%
¿Crees que un niño/a de tu edad es capaz de salvar una vida con sus manos ?
6º:Test inicial:El 70,6% respondieron que sí, Test final: 97,1%
5º:Test inicial: 47,1% respondieron que sí Test final 94,7% respondieron que sí
Si te encuentras una persona incosciente(desmayada, dormida,que no responde al llamarla...), ¿Sabes a que teléfono habría que llamar para pedir ayuda?
6º:Test inicial: El 91,2% respuesta correcta Test final: 100%
5º:Test incial: 90,9% respuesta correcta Test final: 94,7%
¿Sabes que es la posición lateral de seguridad?
6ºTest inicial: 58,8% respuesta correcta Test final: 74,3%
5ºTest inicial :58,8%respuesta correcta Test final: 92,2%
Encuestas de satisfacción alumnos/as:
¿Antes de recibir este taller sabías algo de lo que te han explicado sobre parada cardiaca y RCP?
6º: Al 57,1% les sonaba alguna cosa porque ya les habían explicado algo alguna vez y un 17% habían recibido algún taller antes.
5º :Al 73,5% les habían explicado algo alguna vez y el 8,8% habían recibido algún taller .
¿Te ha gustado aprender estas cosas ?¿Crees que es útil saberlas?
6º: Al 91% Sí
5º :100% contestaron que sí
¿Consideras que todavía eres pequeño para que te enseñen este tipo de cosas?
6º: 91,4%respondieron que no se consideraban pequeños
5º: 94,1%
¿Te gustaría que se volvieran a hacer en en tu colegio talleres de este tipo ?
6º: Al 88,6% les gustaría que se repitieran y un 5,7 les gustaria aunque no les interesa el tema
5º: Al 91,2% les gustaría que se repitieran y un 8,8% les gustaría, auqnue no les interesa el tema.
Si ahora te encontraras a una persona inconsciente.¿Sabrías que hacer?¿Te atreverías a practicar la RCP?
6º El 94% sabría que hacer y se atrevería a poner en marcha las maniobras y el 2.9 % sabría que hacer aunque no se atrevería a poner en marcha las maniobras .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0875

1. TÍTULO

RCP-ANDO EN EL COLE

5º El 88,2%sabría que hacer y se atrevería a poner en marcha las maniobras y el 8, 8% sabría que hacer aunque no se atrevería a ponerlas en práctica
Puntuación de de 1 a 5 de satisfacción en forma de caritas :
6º: 75,3% 5 puntos, 17,1 % 4 puntos, 5,7% (2 alumnos)2 puntos, 2.9%(1 alumno) 1 punto.
5º: 79.4% 5 puntos, 14,7% 4 puntos, 5.9% (2 alumnos) 3 puntos.
Encuestas satisfacción profesores:
En total acudieron cuatro profesores a los talleres que son los tutores de las cuatro clases.Resultados:
Sólo en una de las clases refieren haber recibido un taller similar .En dos de ellas no habían recibido ningún taller pero los profesores ya les habían rexplicado algo.
Los cuatro tutores consideran que el taller contenidos, metodología es muy interesante; pero uno de ellos comenta que vería mejor que hubiera tenido una mayor duración.
Respecto a si conocían las maniobras explicadas a los niños.Sólo uno conocía todas .El resto sólo alguna de ellas.
Los cuatro consideran que es necesario que los niños aprendan este tipo de cosas desde pequeños.
Los cuatro consideran que los talleres se repitieran de forma reglada.
Tres de ellos se ven preparados para recordar los conceptos aprendidos a los alumnos con el material de apoyo adecuado .Uno de ellos considera que no se siente preparado de ninguna manera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización del taller ha sido una experiencia satisfactoria para los participantes en el proyecto.
Se han cumplido los objetivos iniciales de contribuir en la formación de los niños/as para que estén preparados para reconocer la parada cardio-respiratoria, poner en marcha servicios de emergencias e iniciar maniobras básicas de RCP.
Los resultados de los test de valoración de conocimientos inicial y final nos muestran una mejora significativa en los conocimientos adquiridos con resultados de respuesta correcta por encima del 85% en todas las preguntas en los resultados finales.Alcanzando cifras de hasta el 100% en el conocimiento del teléfono de emergencias 112 .Sólo en uno de los cursos, parece haber más dudas con respecto a la posición lateral de seguridad con cifras de 74,5 % de respuestas correctas pero mejorando el resultado del test inicial que era 58,8%.
Las encuestas de satisfacción de los alumnos han sido en general muy positivas.A la mayoría les ha gustado recibir esa formación, creen que es útil saberla, consideran que no son pequeños para poner en práctica la maniobra, les gustaría que se repitieran este tipo de talleres y sabrían que hacer y pondrían en marcha la maniobras aprendidas.
En cuanto a la puntuacion de satisfacción del 1 a 5 en forma de caras, la mayoría puntuan 5 (> 70%).
La mayoría de los alumnos manifiestan que ya les habían explicado algún concepto similar en alguna ocasión.En los test iniciales se objetiva que más de la mitad de los alumnos sabían que era la RCP, la parada cardiaca y la posición lateral de seguridad y alrededor del 90% conocían el 112.A pesar de esto, hay una mejoría significativa en los resultados obtenidos después del taller;lo que indica que sería necesario reforzar y recordar los conceptos de forma periódica.La mayoría de los alumnos (> 90%) después de realizar el taller, refieren que sabrían que hacer en caso de parada cardiorespiratoria.
En el apartado de comentarios y observaciones, la mayoría de los alumnos de 6º no ha hecho ninguna aportación y los de 5º sin embargo, lo han rellenado la mayoría escribiendo que les había gustado mucho, que les gustaría que se hicieran otros talleres con otros aspectos de primeros auxilios.Uno de los alumnos sugería que se hicieran en grupos más pequeños.
La valoración de los profesores ha sido también positiva .Todos consideran necesario que los niños aprendan este tipo de cosas y se repitieran los talleres de forma reglada .Sólo uno de ellos conocía todas las maniobras; por lo que consideramos que sería bueno que el profesorado recibieran también este tipo de formación .Al final del taller, tres de ellos se consideran preparados para recordar a los alumnos los conceptos del taller con material de apoyo adecuado; aunque en la práctica,de momento,sólo uno de ellos ha seguido recordando conceptos y repasando las maniobras aprendidas con los alumnos.
Lo ideal del proyecto hubiera sido que desde el centro educativo y con el material aportado pudieran mantener el proyecto en el tiempo y que la enseñanza de primeros auxilios y RCP quedara incluida dentro de la programación del centro contando con nuestra colaboración siempre que fuera necesario .
La acogida por el colegio fue muy buena, aunque el realizar actividades conjuntas siempre se ve limitado porque tienen que entregar las programaciones de todo el curso escolar en Octubre y no siempre tienen tiempo disponible para realizar proyectos en común.No coincide su curso escolar y su época de programación con el periodo en que los Centros de Salud tenemos que enviar nuestras propuestas de proyectos.Nuestras propuestas son en Marzo y ellos programan en Septiembre -Octubre.De un curso para otro, hay cambios de profesorado y a veces coordinarse o sacar adelante un proyecto resulta complicado.Ha quedado pendiente la segunda parte del proyecto que consistía en que esos mismos alumnos con nuestro apoyo y el de sus profesores ayudaran a formar a los alumnos/as de otros cursos más pequeños.Segun el centro escolar, no ha sido viable por obras en el centro, falta de tiempo por la programación preeestablecida y coordinación entre ciclos de primaria.
El realizar el taller con ellos ha sido una buena forma de abrir puertas para que nos conozcan al equipo sanitario y realizar nuevas colaboraciones .
Al haber un sóla pediatra en la Comarca,la población a la que atendemos en el centro de salud coincide 100% con los alumnos/as con los que ellos trabajan.Los problemas que detectamos y las necesidades de estos niños y sus familias son muchas veces compartidos .Aprovechamos la experiencia para hablarles de la Estrategia Comunitaria y la posibilidad de realizar más actividades en común según sus necesidades o apoyarles en alguna actividad de educación para la salud que ellos realicen .

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0875

1. TÍTULO

RCP-ANDO EN EL COLE

*** ========== Resumen del proyecto 2019/875 ========== ***

Nº de registro: 0875

Título
RCP-ANDO EN EL COLE

Autores:
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, GARIN PORTERO NURIA, ORENSANZ ALAVA AFRICA, POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL, ALVAREZ LAGARES MERCEDES, MEZQUITA ADAN CRISTINA, VALERO GUILLEN PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

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

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

PROBLEMA
Los niños son capaces de asimilar los conocimientos y habilidades necesarias para la realización de maniobras de reanimación, así como de transmitirlos entre sus propios familiares y amigos.
El Real Decreto 126/2014 de 28 de Febrero indica a los colegios a incluir la enseñanza de primeros auxilios en el currículo básico de la Educación Primaria. Todavía no se hace en todos los colegios,ni de forma reglada ni obligatoria ; sólo formando parte de proyectos, iniciativas, talleres voluntarios y campañas . El equipo sanitario de atención primaria puede tener un papel importante de apoyo al personal docente para la enseñanza de primeros auxilios.
El proyecto consistiría en acudir al colegio público de Cariñena Santo Cristo Santiago para apoyar al personal docente y enseñar a los escolares a reconocer la parada cardiaca, puesta en marcha de los servicios de emergencias y enseñar los pasos de la reanimación cardiopulmonar básica.

RESULTADOS ESPERADOS
Contribuir a la formación de los niños del colegio público de Cariñena para que estén preparados para reconocer la parada cardiorespiratoria, poner en marcha los servicios de emergencias e iniciar las maniobras básicas de RCP por medio de charlas formativas teóricas y prácticas.
Enseñar habilidades para:
-Reconocer una parada cardiorespiratoria
-Enseñarles a comprobar la seguridad en la escena
-Enseñar la obtención de ayuda. Explicar el uso correcto del 112
-Posición lateral de seguridad.
-Enseñar los pasos de la reanimación cardiopulmonar básica mediante la administración de compresiones torácicas.

MÉTODO
-Se ha contactado previamente con la Jefa de estudios del Centro educativo para ofrecer el proyecto con muy buena disposición por parte del colegio .
-Una vez aprobado el proyecto se concertará una reunión para unificar ideas, objetivos, valorar sus propuestas y necesidades y concretar fechas para establecer número de sesiones adecuadas para trabajar en principio con los alumnos de 5º y 6º de primaria y establecer el resto de cursos en los que se difundiría el proyecto.
Inicialmente se pasaría una pequeño test a los alumnos para evaluar conocimientos previos.
Según las sesiones que se concreten con el centro escolar :
-Se impartirían las nociones teóricas sobre el reconocimiento de parada, activaciones de servicios de emergencias y realización de RCP básica .
-Puesta en marcha de lo aprendido por medio de maniquís de entrenamiento o por medio de muñecos .Práctica de las maniobras y ejemplos de situaciones.
-Se les invitará a preparar material en las aulas para que ellos mismo junto con el apoyo del profesorado nos ayuden al personal sanitario a enseñar las maniobras a alumnos de cursos inferiores para ayudar a difundir los conocimientos aprendidos a otros alumnos del centro .Se implicará a los niños en la forma más adecuada de enseñar habilidades sobre RCP a sus compañeros de cursos inferiores para reforzar su aprendizaje por medio de canciones, vídeos, murales, uso de muñecos, etc.
Posteriormente se realizarán las charlas en otros cursos sobre las maniobras de RCP con el apoyo del material

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0875

1. TÍTULO

RCP-ANDO EN EL COLE

preparado por los alumnos y con la ayuda de los propios alumnos . De esta manera los alumnos más mayores reforzarían su aprendizaje y se consigue la implicación de todos en el proyecto ;alumnos, personal docente y personal sanitario.
-Se pasaran posteriormente un test para valorar conocimientos adquiridos.

INDICADORES
-Mejora de los resultados obtenidos en los test tras realizar el proyecto respecto a los resultados obtenidos en los test previos.
-Encuestas de satisfacción

DURACIÓN
Presentación del proyecto al equipo directivo del centro educativo .Valorar sus propuestas, necesidades,forma más adecuada de implementar el proyecto y concertar número de sesiones por curso para realizar la formación teórica y práctica .
-A lo largo del curso escolar y según fechas que nos indiquen en el centro; realización de las sesiones .Primero se formará a los alumnos de 5º y 6º de primaria .Se les hará la propuesta para preparar material para participar en la formación de los alumnos de cursos inferiores (3º y 4º) y se realizarán las sesiones en estos cursos .

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 - 2019/1143

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RÁPIDO DE GRIPE(TDRI) EN POBLACIÓN PEDIATRICA MENOR DE 3 AÑOS O CON CONDICIONES DE RIESGO PARA GRIPE COMPLICADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA JIMENEZ FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONA GARCIA JAIME
ORENSANZ ALAVA AFRICA
POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La idea de realización del proyecto para valorar la utilidad del test de diagnóstico rápido de la gripe (TDRI) en población pediátrica menor de 4 años surgió en una reunión del PROA del Sector Zaragoza 3 con la finalidad de disminuir el uso de antibióticos en niños con síndrome febril durante las semanas de actividad de la gripe .Se puso en marcha en el Centro de Salud Delicias Sur y se propuso al Centro de Salud de Cariñena como centro rural . Se inicia en Octubre de 2019 contacto con la pediatra que dirige el proyecto en el Centro de Salud Delicias Sur vía mail y se ha mantenido contacto por esta vía desde entonces.
Se definen los criterios a seguir a la hora de realización del test para aumentar la precisión diagnóstica en los menores de 4 años con el objetivo de disminuir derivaciones a urgencias pruebas complementarias y el uso de antibióticos.Se establece que el TDRI podrá ser realizado durante las semanas epidemiológicas de la 45 a la 13 (5 Noviembre al 25 de Marzo) a menores de 4 años con síndrome febril sin foco; en los que un resultado positivo modificaría las actuaciones evitando derivar o realizar otras pruebas complementarias .El test se hará mediante la realización de frotis nasofaríngeo preferentemente entre las 12 y 48 horas del inicio de los síntomas.Nunca antes de las 12 horas ni después del 4º día.
El 30 de Octubre se solicitan una caja de test de diagnóstico rápido utilizados en nuestro hospital de referencia (Hospital clínico Universitario) SD Influenza Ag A/B/A(H1N1)/pandemic con un precio de 266 euros por caja con 25 test .
El 12 de Noviembre contacta con nosotros la pediatra que dirige el proyecto en Delicias Sur para ofrecernos la posibilidad de que una pediatra de urgencias del Hospital Clínico Universitario nos haga una demostración de la técnica de la realización del test .Desde nuestro centro no pudimos acudir al tenernos que desplazar hasta el HCU, tener pacientes ya citados y no poder cubrir la consulta durante ese tiempo ;pero vimos vídeos demostrativos sobre la realización de la técnica y leímos detalladamente las instrucciones que trae el test.
Hemos elaborado una hoja de registro de casos para llevar un seguimiento de los test realizados donde se han incluido los siguientes datos: fecha de realización del test y semana epidemiológica, fecha de nacimiento del niño y edad, clínica, horas de evolución desde el inicio de los síntomas, resultado del test y registro de si precisaron posteriormente derivación a urgencias, uso de alguna otra prueba complementaria o antibióticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el 5 de Noviembre se ha realizado el TRDI únicamente en siete casos de fiebre sin foco recogiéndose los siguientes datos:
Caso 1:Fecha realización: 10/12/19 (semana epidemiológica 50)
Fecha nacimiento: 10/02/16 (3 años)
Clínica: fiebre elevada, decaimiento.Padres con fiebre .
Horas de evolución: 16 horas
Resultado del test: + A
Necesidad de otras pruebas, uso antibiótico, derivaciones: No
Caso 2: Fecha realización: 30/12/19 (semana 1)
Fecha nacimiento: 2/07/16 (3 años)
Clínica: fiebre elevada, decaimiento.Padres con fiebre .
Horas de evolución: 36 horas
Resultado del test: + A
Necesidad de otras pruebas, uso antibiótico, derivaciones: No
Caso 3: Fecha realización: 13/01/20(semana 3)
Fecha nacimiento: 29/12/16 (3 años)
Clínica: fiebre elevada, dolores musculares.
Horas de evolución: 48 horas
Resultado del test: + A
Necesidad de otras pruebas, uso antibiótico, derivaciones: No
Caso 4: Fecha realización: 15/01/20 (semana 3)
Fecha nacimiento: 9/09/17 (2años)
Clínica: fiebre elevada,síntomas catrrales.no ambiente epidémico familiar.
Horas de evolución: 48horas
Resultado del test: + A
Necesidad de otras pruebas, uso antibiótico, derivaciones: No
Caso 5:Fecha realización: 20/01/20(semana 4)
Fecha nacimiento: 5/03/16 (3 años)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1143

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RÁPIDO DE GRIPE(TDRI) EN POBLACIÓN PEDIATRICA MENOR DE 3 AÑOS O CON CONDICIONES DE RIESGO PARA GRIPE COMPLICADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

Clínica: fiebre elevada, cefalea.Faltan la mayoría de los niños en su clase.
Horas de evolución: 48 horas
Resultado del test: + A
Necesidad de otras pruebas, uso antibiótico, derivaciones: No
Caso 6: Fecha realización: 20/01/20 (semana 4)
Fecha nacimiento: 20/02/19 (11 meses)
Clínica: fiebre elevada sin foco.No familiares con clínica.No asiste a guardería.
Horas de evolución: 48 horas
Resultado del test: -
Necesidad de otras pruebas, uso antibiótico, derivaciones: No
Caso 7:Fecha realización: 21/1/20(semana 4)
Fecha nacimiento : 21/9/18(16 meses)
Clínica:Fiebre elevada sin foco.No familiares afectados.no asiste a guardería.
Horas de evolución:36 horas
Resultado del test :A+
Necesidad de otras pruebas, uso de antibiótico,derivaciones:No
Los dos primeros casos, fueron los únicos casos sugestivos de gripe que hasta ese momento se vieron en consulta entre todos los pacientes de todas las edades. Durante estas semanas epidemiológicas la incidencia de la gripe en Cariñena estaba entre 0-25 /100.000 habitantes.
Los otros 5 casos realizados en las semanas epidemiológicas 3 y 4 han coincidido con la aparición de más casos sugestivos de gripe en la consulta, sobretodo de niños más mayores con ambiente epidémico en casa o en el centro escolar.
Niños menores de 4 años en los que se ha realizado el test : 7
% de niños en los que se realiza el TDRI y se obtiene resultado positivo: 6 de 7 que corresponde al 85,71%
% de uso de antibióticos en niños con TDRI positivo: 0
% Niños con TDRI positivo a los que se les ha realizado otras pruebas complementarias, derivación a urgencias o uso de antibióticos:0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es pronto para llegar a conclusiones ya que está empezando la epidemia de gripe en la Comarca de Cariñena y de momento se han realizado pocos test.
En los dos casos iniciales en los que se realizó el test, el poder confirmar el diagnóstico ha resultado útil dado que ambos niños estaban con fiebre elevada sin foco y decaimiento. Hubieran requerido un seguimiento mucho más estricto y la realización de alguna prueba complementaria para localizar la causa de la fiebre.
Nos ha permitido confirmar los primeros casos de la consulta fuera del periodo de epidemia; ya que resulta más difícil de sospechar que cuando la incidencia es más elevada y la mayoría de los pacientes de la consulta están con los mismos síntomas.
Ha sido útil también por la repercusión del resultado del test en el resto de la familia.Los padres de ambos niños estaban también con malestar y fiebre y a través del resultado de sus hijos se pudo determinar también la causa de la fiebre y comentarlo con sus médicos de familia.
La realización de los otros test nos ha servido para confirmar el inicio de la epidemia de la gripe.Ha coincidido con la aparición de otros casos sospechosos en niños más mayores y el poder realizar el test aunque sea a los pacientes más pequeños permite confirmar que hay gripe y hacer el diagnostico de sospecha en el resto de pacientes con clínica sugestiva.
Al haber una única pediatra en toda la comarca, todos los pacientes acuden a la misma consulta, con lo cual es fácil saber de que pueblos o centros escolares proceden .La información de las familias que acudían a consulta unido a la disponibilidad del test ha permitido rentabilizar el uso del TDRI.Coincidió que dos de los test realizados correspondían a niños pertenecientes a una misma aula de 3 años del colegio de Cariñena.El resultado positivo de estos niños permitió extender la sospecha diagnóstica a otros niños de la misma aula con la misma clínica, sin otro foco a la exploración .
A todos los casos con test positivos se les pautó tratamiento sintomático, se les dieron pautas de observación y se les indicó volver a consulta si no mejoría.Ninguno de los casos volvieron posteriormente a consulta.
Son pocos casos para establecer conclusiones pero el hecho de tener un diagnóstico confirmado con un test para un cuadro como es la gripe que cursa fiebre tan alta y prolongada,parece tener un papel tranquilizador en las familias.Ellos mismos manifestaban quedar satisfechos con la realización del test y más tranquilos al saber lo que sus hijos/as tenían.
En el único caso que resultó negativo en una lactante de 11 meses con fiebre sin foco sin ambiente epidémico, nos llevó a hacer un seguimiento más cercano hasta que cedió la clínica.
No se pueden establecer conclusiones ni recomendaciones hasta ampliar la muestra y ver si resulta realmente rentable para evitar derivaciones, realización de otras pruebas complementarias en lactantes y niños pequeños con fiebre sin foco a los que les es más difícil expresar algunos síntoma y sobretodo en casos en los que el niño es el primer miembro de su entorno afectado y es más difícil de sospechar. De momento, las primeras impresiones de la disponibilidad del TDRI en la consulta de pediatría de atención primaria, están siendo satisfactorias.

7. OBSERVACIONES.
En la solicitud de inclusión del proyecto se puso en el título y en los criterios de realización del TDRI lo niños menores de 3 años.Tras revisar los datos de casos de gripe y de fiebre sin foco registrados en consulta la temporada epidemiológica anterior(2018-2019) se objetivó que la mayor incidencia de síndromes febril sin foco era en las edades comprendidas entre 0 y 4 años (13 casos en menores de un año, 22 casos de 1-2 años, 9 casos de 2 a 3 y 14 casos de 3 a 4 años)por lo que se amplia el proyecto a la población pediátrica menor de 4

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1143

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RÁPIDO DE GRIPE(TDRI) EN POBLACIÓN PEDIATRICA MENOR DE 3 AÑOS O CON CONDICIONES DE RIESGO PARA GRIPE COMPLICADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

años .
Sería necesario corregir el título: Utilidad del test de diagnóstico rápido de gripe en población pediátrica menor de 3 años o con condiciones de riesgo para gripe complicada en el Centro de salud de Cariñena.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1143 ========== ***

Nº de registro: 1143

Título
UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACION PEDIATRICA MENOR DE 3 AÑOS O CON CONDICIONES DE RIESGO PARA GRIPE COMPLICADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

Autores:
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, BONA GARCIA JAIME, ORENSANZ ALAVA AFRICA, POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
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
En los periodos epidémicos de gripe la carga de la enfermedad recae sobre todo en la población menor de 14 años con una tasa de ataque que dobla a la población adulta, siendo un vector importante en la transmisión de la enfermedad.
La definición de caso de gripe propuesta por la Unión Europea es la que se detalla a continuación :
? Aparición súbita de los síntomas y
? al menos, uno de los cuatro síntomas generales siguientes: fiebre o febrícula, malestar general, cefalea, mialgia y
? al menos, uno de estos tres síntomas respiratorios: tos, dolor de garganta, disnea y
? ausencia de otra sospecha diagnóstica.
Los niños pequeños, en especial los menores de 3-5 años, tienen dificultad para expresar algunos de estos síntomas. Además,en el niño,la fase inicial de la gripe, antes de la aparición de la sintomatología respiratoria, puede presentarse como un síndrome febril sin focalidad aparente, lo cual debe plantear en el niño menor de 3 años el diagnóstico diferencial con la bacteriemia oculta. Este cuadro requeriría la realización de investigaciones suplementarias para descartar una infección bacteriana potencialmente severa.
El niño con gripe documentada presenta una baja tasa de infección bacteriana grave asociada, y en él se pueden obviar otras exploraciones complementarias. Hacer un diagnóstico etiológico preciso disminuye la tasa de reconsultas espontáneas asociadas a un proceso febril inespecífico y el riesgo de que este proceso infeccioso de origen viral acabe siendo estudiado con exploraciones complementarias poco rentables, derivado al servicio de urgencias, o siendo tratado innecesariamente con antibióticos; posibilidades que aumentan en relación directa con los días de evolución.
La posibilidad de disponer de test de diagnóstico rápido de influenza (TDRI) en pediatría permitiría un manejo más preciso de estos pacientes y una disminución del uso de antibióticos y petición de pruebas complementarias durante las épocas de elevada actividad gripal ; ya que un TDRI positivo reduce al mínimo la posibilidad de una infección bacteriana grave o que requiera antibióticos. En diversos estudios se ha documentado una disminución hasta del 70% en el uso de antibióticos cuando se dispone de un TDRI, así como una disminución de exploraciones complementarias. Respecto a la sensibilidad del TDRI en los estudios que incluyeron niños fue mejor que en población adulta. El resultado del test rápido es valioso cuando es positivo, ya que su especificidad es cercana al 100%. Su sensibilidad aumenta en la época en que la prevalencia de gripe es mayor.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general:Mejorar la precisión diagnóstica de la gripe en niños menores de 3 años.
Objetivos específicos:
1. Disminuir el uso de antibióticos en niños menores de 3 años que presenten un cuadro febril o síndrome gripal durante las semanas de actividad de la gripe.
2. Reducir la realización innecesaria de radiografías de tórax y otras exploraciones complementarias como

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1143

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RÁPIDO DE GRIPE(TDRI) EN POBLACIÓN PEDIATRICA MENOR DE 3 AÑOS O CON CONDICIONES DE RIESGO PARA GRIPE COMPLICADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

analíticas sanguíneas o de orina.
3. Limitar las derivaciones a urgencias hospitalarias.
4. Establecer medidas de limitación de transmisibilidad en pacientes infectados.

MÉTODO
Durante las semanas 45 a 13 epidemiológicas (5 de noviembre y el 25 de marzo), época de epidemia gripal, se realizará el TDRI a los menores de 3 años con fiebre sin foco, sospecha clínica de gripe o niños con factores de riesgo de gripe complicada.
Se realizará el test cuando clínicamente se cumplan los criterios diagnósticos y además se considere que el resultado va a influir en la toma de decisiones sobre pautas diagnósticas y terapéuticas.
Un TRDI positivo disminuye mucho la probabilidad de infección bacteriana, con lo cual no sería necesario tratamiento antibiótico ni otras pruebas complementarias. En test se realizará entre las 12 y las 48h del inicio de la sintomatología y siempre en los 4-5 primeros días.; ya que antes de las 12h puede haber falsos negativos por una carga antigénica insuficiente.
Si no se confirma la gripe se controlará la evolución del paciente.

INDICADORES
% de niños menores de 3 años con un cuadro febril o síndrome gripal en los que se realiza el TDRI.
% de niños menores de 3 años en los que se realiza el TDRI y se obtiene un resultado positivo.
% de utilización de antibióticos en niños menores de 3 años con TDRI positivo.
% de utilización de pruebas complementarias en niños menores de 3 años con TDRI positivo.
Seguimiento en niños menores de 3 años con TDRI negativo para valorar si precisan pruebas complementarias.

DURACIÓN
Octubre: Solicitud test y sesión informativa sobre el proyecto y pautas para la utilización de TDRI en pacientes que cumplan los criterios establecidos.
Noviembre 2019- Marzo 2019: Utilización del TDRI y registro de las variables que permitan evaluar la consecución de los objetivos planteados.
Abril 2020: Evaluación de resultados mediante la revisión 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 - 2019/1300

1. TÍTULO

MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CARIÑENA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL RIOS LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONA GARCIA JAIME
GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR
NAVARRO MAS MARIA VICTORIA
ALIAGA GONZALEZ CARMELO ETITER
SARASA PIEDRAFITA DELFIN
CASBAS VELA DOMINGO
COLAS BELTRAN FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Por parte del departamento de farmacia de la dirección de AP:
- Se han monitorizado varios indicadores de utilización de antibióticos. Y se ha remitido a cada profesional sus indicadores y una comparativa con el año 2018, con el EAP, el sector y Aragón.
- Se ha facilitado material a los responsables PROA de cada centro de salud para impartir las sesiones formativas.

Por parte del responsable PROA.
- Se han impartido sesiones sobre actualización en el tratamiento de patología infecciosa respiratoria y urinaria.
- Se ha comentado a los miembros del EAP el objetivo a cumplir y el seguimiento de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con los datos de enero-noviembre disponibles a la fecha actual.
- El 100 % de profesionales del EAP han recibido información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019.
- Reducción de un 15% Tasa de consumo de antibióticos de uso sistémico(J01), DHD (objetivo reducción un 2%).
- Reducción del porcentaje de DDD de fluorquinolonas de un 13.9% a un 12,2%. (Objetivo 12,1%), a pesar de la incidencia que se explica a continuación en OBSERVACIONES.
- 8 de los 9 médicos del EAP (incluyendo pediatra) han asistido a alguna de las sesiones PROA (88%), además en algunas han asistido sustitutos, residenes, MAC y personal de enfermería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La formación en el uso racional de los antibióticos es importante para concienciar a los profesionales en la importancia de un uso adecuado.
- Es importante hacer sesiones y recordatorios periódicos.
- Está pendiente para el próximo año seguir insistiendo en el uso adecuado de los antibióticos en infecciones respiratorias y urinarias, e impartir nuevas sesiones sobre infecciones de partes blandas e infecciones de transmisión sexual.
- La información periódica sobre la prescripción de antibióticos es una herramienta útil para cada profesional.

7. OBSERVACIONES.
En el cupo de CIAS 1004090109Q una paciente diagnosticada de tuberculosis multirresistente, sigue tratamiento con moxifloxacino 1c/24h desde el mes de abril, lo que supone una prescripción semanal.

Sin duda el elevado número de envases precritos (más de 37) afecta el indicador tanto individual como del EAP, viéndose afectados los siguientes indicadores:

1.- Tasa de consumo de antibióticos de uso sistémico(J01), DHD
2.- Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total
5.- Consumo de fluorquinolonas respecto al total (%)

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1300 ========== ***

Nº de registro: 1300

Título
MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CARIÑENA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1300

1. TÍTULO

MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CARIÑENA

RIOS LAZARO MIGUEL, BONA GARCIA JAIME, GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR, NAVARRO MAS MARIA VICTORIA, ALIAGA GONZALEZ CARMELO ETITER, SARASA PIEDRAFITA DELFIN, CASBAS VELA DOMINGO, COLAS BELTRAN FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

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
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 19,6 (reducción de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje de DDD Fluorquinolonas. Objetivo 2019: 12,1% (reducción de 2% respecto a 2018)
Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2019/1440

1. TÍTULO

APARTADO DE URGENCIAS EN EL MANUAL DE ACOGIDA DE CARIÑENA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ARANZAZU ROYO OCHOA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAS SANCHEZ ADORACION
MINGUEZ MARTIN CRISTINA
SANJUAN DOMINGO RAQUEL
VALERO GUILLEN PATRICIA
SAN MIGUEL ARBUES DOLORES
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
SARASA PIEDRAFITA DELFIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El manual de acogida que entrega dirección a nuestros compañeros es un instrumento muy importante a la hora de que un nuevo miembro se integre en el centro de salud, facilitándole la organización de las consultas y centro, la localización de los distintos consultorios, números de teléfono, emails de interés, y otros datos de importancia, sin embargo nos dimos cuenta que una parte muy importante de nuestra actividad asistencial es la urgente y en nuestro manual no dedicábamos ninguna reseña a la sala de urgencias, a su distribución y equipación, información de gran utilidad para cualquier persona que vaya a desarrollar una jornada de trabajo en nuestro- centro, por lo que realizamos un ANEXO de URGENCIAS, que entregamos a las personas que se incorporaron en plantilla en nuestro centro durante este año que constaba de información con fotografías de donde se encontraba la sala de urgencias, de las áreas o distribución que hacíamos de la misma, el contenido de la misma (carro de paradas, vitrinas), organización y registro de revisiones, esta información se acompañaba de un excell con todas las tablas de los distintos materiales y fármacos según están distribuidos en la sala y para finalizar una encuesta sencilla donde preguntábamos si el material facilitado les había sido de utilidad, que lo valoraran en una escala de 1-10, y les preguntábamos si aportarían algo al mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El material se entregó al 100% de los nuevos integrantes del equipo y se obtuvo una respuesta postiva por parte de todos ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo está bastante satisfecho con el resultado del proceso, nos gustaria hacerlo extensivo a todos los miembros del equipo y si su valoración es positiva, entregarlo a dirección para que lo incorpore como anexo en el manual de acogida del centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1440 ========== ***

Nº de registro: 1440

Título
APARTADO DE URGENCIAS EN EL MANUAL DE ACOGIDA DE CARIÑENA

Autores:
ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU, MAS SANCHEZ ADORACION, MINGUEZ MARTIN CRISTINA, SANJUAN DOMINGO RAQUEL, RODRIGUEZ DIAZ VICTORIA, SAN MIGUEL ARBUES DOLORES, ALVAREZ LAGARES MERCEDES, DELFIN SARASA PIEDRAFITA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda la patologia urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1440

1. TÍTULO

APARTADO DE URGENCIAS EN EL MANUAL DE ACOGIDA DE CARIÑENA

PROBLEMA
El manual de acogida es un instrumento muy importante a la hora de que un nuevo miembro se integre en el centro de salud, facilitándole la organización de las consultas y centro, la localización de los distintos consultorios, numeros de telefono, emails de interes, y otros datos de importancia sobretodo en los primeros dias de trabajo, sin embargo nos dimos cuenta que una parte muy importante de nuestra actividad asistencial es la urgente y en nuestro manual no dedicabamos ninguna reseña a la sala de urgencias, a su distribución y equipación, información de gran utilidad para cualquier persona que vaya a desarrollar una jornada de trabajo en nuestro centro.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar nuestro manual de acogida, añadiendo un apartado denominado de urgencias, donde se explique al nuevo integrante, la localizacion de la sala de urgencias, distribución de su material, carro de paradas y maletines de urgencia.

MÉTODO
Crear nuevo apartado de urgencias en manual de acogida con organización y material de sala de urgencias.

INDICADORES
Mediante una encuesta que se facilitara a la vez que el manual de acogida a los nuevos integrantes recogeremos información sobre si el nuevo apartado del manual ha resultado de interés y utilidad para el desarrollo de su trabajo en los primeros momentos en nuestro centro.

DURACIÓN
El año en curso.

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 - 2018/0987

1. TÍTULO

BLOGG CENTRO DE SALUD CASETAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA KARIN ANDRES NILSSON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE
PENON GIMENO ANA
ESCRICHE NAVAS MARTA
NAVARRO ASENSIO ELENA
GARVI SOLER PAULA
TAPIA VILLALBA MERCEDES
RUBIO MORALES LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año 2019 se ha ido completando el diseño del Blogg.
Se ha informado a los profesionales del equipo de su continuidad y mantenimiento invitando a la participación.
Se ha realizado promoción a lo largo de los consejos de Salud llevados a cabo en Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre de 2019.
Se ha colgado información de interés comunitario (vacunas, paseos saludables, ...).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Entradas al Blogg 2229
Ultima actualización 30 Enero 2020

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La presencia de un Blogg en un EAP sanitario hoy en día es parte importante de información a la comunidad.
Debe dar una información actualizada y veraz.
Dado que existe traductor puede llegar a usuarios de todas las nacionalidades.
Es una herramienta de educación sanitaria.
Puede llegar a miles de usuarios y dar información fiable sin estar supeditada a opiniones individuales, aunque se tramitan las opciones de mejora según opiniones de los usuarios .
Posiblemente los jóvenes hagan uso de otras técnicas mas actuales para estar informados, lo cual nos hace pensar que posiblemente nuestro blogg deba estar enlazado a otros medios de comunicación para llegar a usuarios más jóvenes.

7. OBSERVACIONES.
Aunque damos finalizado el proyecto, seguiremos actualizando el blogg de forma continua.
Es un proyecto inter-sectorial con la colaboración de profesionales de otro sector que nos ayuda al mantenimiento y mejora en el formato.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/987 ========== ***

Nº de registro: 0987

Título
BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

Autores:
ANDRES NILSSON ANA KARIN, IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE, PENON GIMENO ANA, ESPARZA GARCIA CARMEN, ESCRICHE MARTA, NAVARRO ELENA, GARVI SOLER PAULA, TAPIA VILLALBA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0987

1. TÍTULO

BLOGG CENTRO DE SALUD CASETAS

PROBLEMA
El uso de las nuevas tecnologías se ha convertido hoy en día en herramienta fundamental para la información.
Desde el EAP de Casetas vemos la oportunidad de poner al servicio de la comunidad estas herramientas para transmitir información sanitaria fiable y de interés para los usuarios de nuestra Zona Básica de Salud (Casetas, La Joyosa, Pinseque, Sobradiel, Torres de Berrellen y Villarrapa).
En el momento en que la actividad Comunitaria es clave para el buen funcionamiento del sistema Sanitario, nuestro Equipo apuesta por crear un Blog para colaborar en esta actividad.

RESULTADOS ESPERADOS
Transmitir a nuestros pacientes información básica y útil sobre servicios sanitarios, administrativos, optimización de recursos, cuidados de la salud, promoviendo la autonomía del paciente y su responsabilidad e incorporando las novedades de nuestro sistema sanitario (Salud Informa, alertas Sanitarias, actividades comunitarias)
Esperamos conseguir que nuestros usuarios utilicen esta herramienta comunitaria como complemento a la consulta sanitaria o administrativa.
Mejorar la colaboración y la confianza de la comunidad para la que trabajamos
Está dirigida a todos los usuarios, incluidos los pacientes pediátricos bajo supervisión familiar, incorporando la herramienta de traductor para que puedan acceder usuarios de distinta lengua facilitando su uso.
Este medio permite además recibir sugerencias del usuario y facilitando la posibilidad de interactuar con otros servicios al cuidado de las personas.

MÉTODO
Describir las acciones previstas para lograr los objetivos, el plan de comunicación, actividades de formación, de participación comunitaria, investigación, ... Describir los recursos previstos para cada acción (número de reuniones, trabajo de campo .... recursos materiales....). Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios.
Contactar con compañeras de otros sectores sanitarios con experiencia en este tipo de actividades.
Contactar con Servicios Informáticos del Sector 3 y con CAU para apoyo sobre el proyecto.
Contamos con la colaboración de profesionales del EAP para llevar a cabo este objetivo.
Promocionarlo a través de carteles en las consultas y a través del Consejo de Salud. I
información a los ayuntamientos
El Blog está en construcción.

INDICADORES
- Recuento de visitantes del blog.
- Número de consultas y sugerencias recibidas.
- Participación de los profesionales en la información publicada y consultas atendidas.
- Consulta a los ayuntamientos sobre su interés y el de su población en la información que se pone a su disposición y recepción de sus propuestas.
- Consulta directa a los pacientes/usuarios.
- Registro de reclamaciones.
- Encuestas de satisfacción.

DURACIÓN
ENERO DE 2018: CONSTRUCCION DEL BLOG. CONTAMOS CON PROFESIONALES DEL SECTOR 1 PARA SU INICIO.
MARZO DE 2018: FORMACIÓN DE USO Y MANTENIMIENTO.
MAYO 2018: SE ENVÍA PROYECTO.
JUNIO 2018: SE INICIA DESARROLLO CON PRESENTACIÓN AL EAP. REALIZACION DE AUDIOVISUAL.
JULIO A DICIEMBRE 2018 SE REALIZARAN LAS ACTUALIZACIONES
POSTERIORMENTE PERMANENCIA DEL BLOG EN LA RED DE MANERA CONTINUADA

OBSERVACIONES
ES UN PROYECTO INTER-SECTORIAL EN EL QUE COLABORA Mª JOSE IBAÑEZ ALGORA ADMINISTRATIVA DE DIRECCION SECTOR 1

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0990

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS CASETAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PAULA HERRERO SOLSONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA
MARCOS CALVO MARIA PILAR
PALLAS COTS BLANCA
MARZAL CALVO DOLORES
MARTIN RICO MARIA DOLORES
LOPEZ DIAZ CAMINO
RUBIO HERNANDEZ JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2019 se han realizado diversas actividades encaminadas a mejorar la asistencia a los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC en adelante) en Atención Primaria.
Se han impartido varias sesiones clínicas en las que se han revisado las guías de práctica clínica de referencia en IC para lo que hemos contado con especialistas tanto en Atención Primaria como Especializada. Como consecuencia de este contacto entre Atención Primaria y especializada se ha formado un grupo de trabajo para elaborar un protocolo/ruta asistencial para el diagnóstico, tratamiento y manejo del paciente con IC
Además se han hecho revisiones de la medicación pautada en los pacientes con diagnóstico codificado en OMI de IC, con el objetivo de adecuar el tratamiento a la situación clínica y funcional, disminuir la polimedicación y favorecer la desprescripción de fármacos a evitar (AINEs, corticoides, calcioantagonistas, etc)
Enfermería se ha encargado de la revisión de la vacunacón antigripal y antineumocócica y se ha revisado el plan de cuidados (contro de peso, perímetro abdominal y presión arterial)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora en el manejo del paciente con IC en Atención Primaria.
El objetivo inicial era evaluar la mejora en los indicadores con datos obtenidos en OMI-AP pero debido a la alta presión asistencial y el problema de personal en el CS durante los últimos meses del año ha sido imposible realizar la comprobación de esta mejora en los indicadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto en nuestro centro de salud va darse por finalizado pero el trabajo que se ha realizado va a continuar con el proyecto de protocolo de actuación en colaboración con cardiología

7. OBSERVACIONES.
Los componentes del equipo se han modificado según organización del proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/990 ========== ***

Nº de registro: 0990

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS CASETAS

Autores:
VEREAU MARTINEZ MYRNA CELESTE, ANDRES NILSSON ANA KARIN, MARCOS CALVO MARIA PILAR, GARVI SOLER PAULA, MARTIN RICO MARIA ANGELES, NAVARRO SUBSIERRA MARIA LUISA, GARCIA SACRAMENTO CRISTINA, GONZALO TOLA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0990

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS CASETAS

Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregran en el proceso.Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC. Actividad: somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2. Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
3. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
4. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.

INDICADORES
1. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
2. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
3. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
4. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
5. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados /Comunitaria: mayo-noviembre 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo 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 - 2019/1067

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CASETAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA MARTINEZ SANCHO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYO CHOPO YOLANDA
CAMATS FRANCO CARMEN
HERRERO SOLSONA PAULA
AZNAR ARRIBAS MARIA LUISA
PALLAS COTS BLANCA
FERRER CASAUS ALBERTO
PEREZ RUIZ ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se halla la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria y Optimización del uso de Antibióticos (IRASPROA).
El pasado año se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se logró la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso óptimo de antimicrobianos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
En el EAP de Casetas y dentro del Proyecto que nos ocupa, nos planteamos como objetivos del mismo:
- Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales del EAP, realizando formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.
- Monitorizar dos indicadores de utilización de antibióticos: DHD antibióticos totales y porcentaje de DDD Fluoroquinolonas con un objetivo de reducción en el consumo de ambos indicadores de un 2% en 2019 con respecto a 2018.
Se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:
1. Asistencia del responsable de antibióticos del EAP a las sesiones formativas o reuniones convocadas desde el grupo PROA AP Sector III. En ellas se ha recibido formación específica a cerca de las infecciones más prevalentes en atención primaria y sus tratamientos antibióticos más adecuados con las pautas recomendadas por la guía IRASPROA. Y ello siguiendo el calendario previsto:
- 1ª sesión: 14 de marzo de 2019 : infecciones respiratorias
- 2ª sesión: 13 de junio 2019 : infecciones urinarias
- 3ª sesión: 1 de octubre 2019: informes de antibióticos y monitorización de indicadores.
La sesión sobre infecciones cutáneas no se ha realizado ya que aun no se ha actualizado el capítulo correspondiente de la Guía Autonómica de uso de antimicrobianos en Atención Primaria.
2. Divulgación por parte del responsable de antibióticos al resto de profesionales del EAP de todo lo anteriormente aprendido mediante dos sesiones formativas:
- Infecciones respiratorias (17 mayo 2019)
- Infecciones urinarias (15 octubre 2019)
Se ha transmitido a todos los profesionales del EAP, la importancia de consultar la guía IRASPROA de recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en el paciente ambulatorio.
Se ha intentado permanentemente concienciar a la población atendida, de llevar a cabo un uso óptimo de los antibióticos por parte de todos.
3. Monitorización de indicadores de utilización de antibióticos, de acuerdo al calendario previsto:
- Marzo: presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los equipos
-Marzo-diciembre: sesiones formativas sobre uso adecuado de antibióticos
-Junio-septiembre-diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de Informes a cada profesional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto a los objetivos a alcanzar del Proyecto de 2019, según el Informe de utilización de antibióticos proporcionado por el servicio de Farmacia, correspondiente al periodo de enero a diciembre de 2019, se ha logrado una reducción en las DHD antibióticos totales igual a un 12 % con respecto al mismo periodo acumulado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1067

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CASETAS

de 2018.
Dicho resultado supera notablemente al standard marcado (objetivo: reducción del 2 % en 2019 respecto a 2018).
Así mismo, se ha conseguido una reducción en el porcentaje de DDD Fluoroquinolonas del 21.4 % en el periodo de enero a diciembre de 2019 con respecto al mismo periodo de 2018.
Dicho resultado supera enormemente al standard marcado (objetivo: reducción del 2% en 2019 respecto a 2018).
Hemos conseguido que el porcentaje de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos sea muy elevado, alcanzando practicamente a todos ellos. También hemos logrado que el porcentaje de profesionales del EAP que ha asistido a las sesiones formativas sobre uso de antibióticos sea superior al 80 %.
El impacto del Proyecto ha sido muy positivo y motivador en todos los integrantes del EAP de Casetas, logrando mejorar la mayoría de los indicadores de utilización de antibióticos como así muestran los Informes de consumo de antibióticos proporcionados por el servicio de Farmacia de Atención Primaria Sector III a lo largo de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todas las estrategias que se puedan llevar a cabo para el uso racional de antibióticos se han mostrado efectivas para mejorar la adecuación de su utilización.
Los antibióticos deben ser considerados un bien común y, por tanto, su uso óptimo es una responsabilidad compartida de profesionales sanitarios, instituciones sanitarias y usuarios del sistema sanitario.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1067 ========== ***

Nº de registro: 1067

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CASETAS

Autores:
MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA, ROYO CHOPO YOLANDA, CAMATS FRANCO CARMEN, HERRERO SOLSONA PAULA, AZNAR ARRIBAS MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

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
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1067

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE CASETAS

1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
•% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
•Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 21,0 (reducción de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje de DDD Fluorquinolonas. Objetivo 2019: 9,4% (reducción de 2% respecto a 2018)
•Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2019/1243

1. TÍTULO

CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO FERRER CASAUS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENO MONZON ANA ISABEL
NAVARRO SUBSIERRA MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE REALIZAN 2 SESIONES CLINICAS POR PARTE DE LA DOCTORA JIMENO Y EL DOCTOR FERRER PARA IMPLANTACION DEL PROYECTO.
SE TRANSMITE A PERSONAL SANITARIO DEL CENTRO EL FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA, SE EXPLICA QUE LESIONES O PATOLOGIAS SON SUBSIDIARIAS DE TRATAMIENTO POR CIRUGIA MENOR Y QUE TECNICAS SE VAN A UTILIZAR.
SE SOLICITA UNA VALORACION PREVIA DE CADA PACIENTE POR SU MEDICO CORRESPONDIENTE PARA ASEGURAR QUE NO EXISTE CONTRAINDICACION PARA LAS TECNICAS QUE SE VAN A UTILIZAR.
SE HABILITA UNA AGENDA MENSUAL QUE GESTIONA EL EQUIPO DE ADMISION Y QUE ESTA PREPARADA CON DOS MESES DE ANTELACION.
UNA VEZ TRATADO EL PACIENTE SE REMITE A SU ENFERMERO PARA REVISION Y CUANDO LA PATOLOGIA LO REQUIERA SE ENVIA MUESTRA A ANATOMIA PATOLOGICA HCU PARA ESTUDIO Y SE REMITE AL PACIENTE A SU MEDICO DE FAMILIA PARA RESULTADO.
LA CONSULTA HA PERMANECIDO ABIERTA UN DIA AL MES EN HORARIO DE 8:00 A 15:00 CON UNA AGENDA DE MEDIA HORA POR PACIENTE.
EN DICHA CONSULTA, PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TRAS APLICACION DE ANESTESICO LOCAL (MEPIVACAINA, LIDOCAINA), SE HAN REALIZADO TECNICAS DE CIRUGIA CON BISTURI, BISTURI ELECTRICO, CRIOCIRUGIA, ESCISION CON PUNCH, EXERESIS LESION CON INCISION Y ESCISION DE UÑA ENCARNADA.
EL MANEJO DE BISTURI ELECTRICO INCLUYE ELECTRODISECCION CON ASA DE DIATERMIA Y ELECTROCOAGULACION CON PUNTA ROMA.
EN LAS PATOLOGIAS QUE ASI LO REQUERIAN SE HA REALIZADO POSTERIOR SUTURA SUPERFICIAL CON SEDA Y SUTURA TEJIDO SUBCUTANEO CON SEDA REABSORBIBLE.
LAS LESIONES HAN INCLUIDO QUERATOSIS SEBORREICA, VERRUGA VULGAR Y PLANTAR, MOLLUSCUM CONTAGIOSUM, ANGIOMA, NEVUS, LIPOMA, FIBROMA PENDULO, UÑA ENCARNADA, QUISTE EPIDERMICO Y QUISTE TRIQUELIMAL.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. AGENDA COMPLETA CADA MES Y LOS DOS MESES SIGUIENTES.
2. ATENDIDOS NOVENTA Y DOS PACIENTES A LO LARGO DEL AÑO.
3. COMO LESIONES MAS FRECUENTES EN DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DESTACAN FIBROMA PENDULO 38 Y VERRUGA VULGAR 28. ADEMAS DE LIPOMA 10, NEVUS 8,QUERATOSIS SEBORREICA 6 Y UÑA ENCARNADA 2.
4. CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL CIRCUITO PARA ENVIO DE MUESTRAS SOSPECHOSAS A ANATOMIA PATOLOGICA.
5. CORRECTA REVISION DE SUTURAS Y DEMAS TECNICAS TRAS LA MANIPULACION CON UN PORCENTAJE DE COMPLICACIONES (INFECCION, DEHISCENCIA, REINTERVENCION) INFERIOR AL 1%.
6. LESIONES DERIVADAS PARA ESTUDIO AP: NEVUS Y LIPOMA
7. ALTA COLABORACION POR PARTE DE COMPAÑEROS DEL CENTRO DE SALUD PARA EL ENVIO DE PACIENTES A LA CONSULTA Y ALTO GRADO DE SATISFACCION SEGUN ENCUESTA A LOS PACIENTES.
8. CORRECTA COLABORACIONPOR PARTE DEL EQUIPO DE ADMISON PARA LA GESTION DE LAS AGENDAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL EQUIPO DE CIRUGIA MENOR HA DEMOSTRADO UNA GRAN PROFESIONALIDAD E INTERES POR ELDESARROLLO DE ESTE PROYECTO.
CABE DESTACAR EL ALTO GRADO DE SATISFACCION POR PARTE DE LA POBLACION Y COMPAÑEROS DEL CENTRO DE SALUD DADAS LAS CISRCUNSTANCIAS ACTUALES.
LA CIRUGIA MENOR EN CASETAS ESTA RESULTANDO UN PROYECTO QUE AGILIZA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DE DETERMINADAS PATOLOGIAS DERMATOLOGICAS QUE TARDAN EN SER VALORADAS POR EL ESPECIALISTA DADAS LAS LISTAS DE ESPERA, ADEMAS DE LA COMODIDAD DEL PACIENTE AL NO TENER QUE TRASLADARSE A SU CENTRO DE ESPECIALIDADES CORRESPONDIENTE.
EN LA ACTUALIDAD, COMO YA SE HA INDICADO ANTERIORMENTE, EL PROYECTO PRESENTA UNA LISTA DE ESPERA DE DOS MESES POR LO QUE QUEDA PENDIENTE VALORAR UNA MEJORA QUE SERIA AUMENTAR A DOS DIAS AL MES LA CONSULTA DE CIRUGIA ASEGURANDO LA COBERTURA DE LA CONSULTA QUE DEJAN LOS PROFESIONALES ESE DIA PARA REALIZAR EL PROYECTO DE CIRUGIA.
EL EQUIPO DE CIRUGIA CONTINUA EN SU LABOR DE MEJORA DE TECNICAS Y APRENDIZAJE CON EL FIN DE INCLUIR NUEVAS PRESTACIONES EN ESTE PROYECTO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1243 ========== ***

Nº de registro: 1243

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1243

1. TÍTULO

CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA

Título
CIRUGIA MENOR EN EAP CASETAS

Autores:
FERRER CASAUS ALBERTO, JIMENO MONZON ANA, NAVARRO SUBSIERRA MARISA, RUIZ GARCES JORGE, TAPIA VILLALBA MERCEDES, GARCIA MONTAÑES BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

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

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

PROBLEMA
- EN NUESTRO EAP, CADA PROFESIONAL, ACTUABA SEGÚN AGENDA O MAESTRÍA EN CIRUGÍA MENOR SIN QUEDAR REFLEJADO EN SU ACTIVIDAD PROGRAMADA.
-RESTAN TIEMPO EN LA ACTIVIDAD ORDINARIA DE MAP Y DUE DE ATENCIÓN PRIMARIA NO RECONOCIDOS Y DISMINUYEN LA PRESIÓN ASISTENCIAL EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.
-SE DECIDE CREAR UNA AGENDA PARA DICHOS PROCEDIMIENTOS (QUE YA SE HACÍAN) A CARGO DE VARIOS RESPONSABLES DEL EAP CON LA FINALIDAD DE QUE SE RECONOZCA LA ACTIVIDAD REALIZADA Y LA REPERCUSIÓN QUE LLEVA EN DISMINUIR LA PRESIÓN EN ESPECIALIZADA.

RESULTADOS ESPERADOS
1,.- OPTIMIZAR AGENDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA (MAP Y DUE).
2.- CONSULTA MONOGRÁFICA EN CIRUGÍA MENOR PARA PACIENTES QUE PUEDEN SER TRATADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE MANERA PROGRAMADA (ADMINISTRATIVOS) Y CON UN EQUIPO FORMADO (MAP, MAC, EAP Y EAC) Y CON MATERIAL NECESARIO (TCAE)
3.- DISMINUIR AGENDA DE ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA MENOR, DE PATOLOGÍAS QUE PUEDEN SER TRATADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. SEGÚN CARTERA PROPUESTA EN EL EAP DE CASETAS
4.- FORMACIÓN CONTINUADA A LOS PROFESIONALES A CARGO DE LA ADMINISTRACIÓN.
5.- PERSONAL DE APOYO (MAC Y EAC) PARA LLEVAR A CABO DICHO PROYECTO.
6.- MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SITUACIONES QUIRÚRGICAS ABORDABLES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

MÉTODO
ES UNA ACTIVIDAD QUE SE VENÍA REALIZANDO EN EL EAP DE MANERA HABITUAL SIN PROGRAMA Y SIN REGISTRO.
A LO LARGO DE 2018 SE HA PROPUESTO COMO PROYECTO EN REUNIONES DE EAP.
LOS PARTICIPANTES EN ESTE PROYECTO, SE HAN FORMADO A LO LARGO DE 2018 DE FORMA ALTRUISTA, ESTÁN FORMADOS O HAN RECIBIDO FORMACIÓN EN CIRUGÍA MENOR.
EN FEBRERO DE 2019 SE HACE REUNIÓN DE EQUIPO (DR ALBERTO FERRER) CON INFORMACIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y HOJA DE DERIVACIÓN.
RESPONSABLE DEL PROYECTO (ALBERTO FERRER (MAP). PARTICIPANTES DEL PROYECTO ANA JIMENO (MAC), MARISA NAVARRO (DUE), JORGE RUIZ (EAC), MERCHE TAPIA (TCAE).
TODOS LOS PROFESIONALES EN EL PROYECTO DISPONEN DE FORMACIÓN NECESARIA (SIEMPRE HACE FALTA FORMACIÓN CONTINUADA)
SE CONCRETA SERVICIO (LUGAR PARA LA ACTIVIDAD, MATERIAL NECESARIO.....)
SE INICIA ACTIVIDAD EN MARZO 2019
SE GENERA AGENDA ULTIMO VIERNES DE MES A LO LARGO DE 2019.
SE REALIZARAN REUNIONES DE EQUIPO TRIMESTRALMENTE PARA INFORMAR DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

INDICADORES
NUMERO DE DIAS AL AÑO QUE ESTA ABIERTA LA AGENDA DE CIRUGIA MENOR EN EL AEP CASETAS DE MARZO 2019- 2019 A DICIEMBRE 2019
NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS CADA DÍA EN AGENDA DE CIRUGÍA MENOR EN EAP CASETAS DE MARZO 2019 - 2019 A DICIEMBRE 2019
NUMERO DE PACIENTES QUE SE REALIZA CIRUGÍA MENOR EN AGENDA PROGRAMADA DE MAP DE MARZO 2019- 2019 A DICIEMBRE 2019.
NUMERO DE PACIENTES QUE SE REALIZA CIRUGÍA MENOR EN AGENDA PROGRAMADA DE EAP DE MARZO 2019- 2019 A DICIEMBRE 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1243

1. TÍTULO

CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA

DURACIÓN
-AÑO 2018 FORMACIÓN DE PERSONAL IMPLICADO EN EL PROYECTO, INCLUSO DE MANERA ALTRUISTA POR NO DISPONER DE FORMACIÓN EN EL SECTOR.
-FEBRERO 2019 SE CONCRETA PERSONAL (MEDICOS, ENFERMEROS, AUXILIARES SANITARIOS Y AUXILIARESA ADMINISTRATIVOS))
LUGAR Y MATERIAL NECESARIO.
- MARZO 2019 SE ESTABLECE LUGAR Y MATERIAL.
- MARZO 2019 SE INICIA ACTIVIDAD.
- ABRIL 2019 A MARZO DE 2020 DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.
- ABRIL A MARZO REUNIONES TRIMESTRALES DE EQUIPO PARA VALORACION DE LA ACTIVIDAD

OBSERVACIONES
ES UN PROYECTO INICIADO CON GRAN ENTUSIASMO Y RESPONSABILIDAD, POR LO QUE INSISTIMOS EN LA NECESIDAD DE QUE SE NOS PROVEA DE TODOS LOS RECURSOS SOLICITADOS PARA LLEVAR A CABO DICHO PROYECTO.
ES POSIBLE QUE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS AUMENTEN O CAMBIEN SEGÚN ORGANIZACIÓN.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0125

1. TÍTULO

CONOCE TU CENTRO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL TAPIA PEREZ
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MATEO OLGA
TAPIA VILLALBA MERCEDES
RODRIGUEZ ESCUDERO CRISTINA
GARVI SOLER PAULA
RUBIO MORALES LAURA
LOPEZ GREGORIO ALICIA
ANDRES NILSSON ANA KARIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha envíado información a la Direccion de los colegios de Casetas: CP Ricardo Mur, CP Martinez Garay, Colegio Infantil San Miguel.

En dicho documento se explica el proyecto destinado a la población infantil de 7-8 años de 2º de Educación Primaria.

Presentamos dos charlas-talleres que consideramos imprescindibles: "Buylling" y "Cuidamos nuestra espalda" y se programa una visita de los alumnos al Centro de Salud.

Realización de un breve cuestionario para dar a los niños y valorar el grado de asimilación de la información dada.

Se informa del proyecto en el Consejo de Salud de la zona como actividad comunitaria del Centro de Salud, mostrando interés por parte de los participantes en el Consejo en que estos talleres se impartan también en los Colegios de los Municipios pertenecientes a la ZBS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos contactado telefónicamente con las Direcciones escolares y se han concretado fechas para iniciarse a partir del mes de Marzo de 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto se ha visto retrasado en su inicio debido al traslado de el responsable del proyecto a otro centro de Salud y la época vacacional de verano.
También hemos encontrado el "handicap" de la epidemia de gripe que afecta a la población infantil y hace imposible unas fechas inicialmente programadas.
Damos por finalizado el proyecto pero se seguirá desarrollando a lo largo del año en el resto de Colegios interesados.

7. OBSERVACIONES.
Aunque la responsable del proyecto actualmente trabaja en el Sector 1 se mantiene y se envía la memoria del proyecto como perteneciente al Sector 3 (EAP Casetas) destino al que pertenecía cuando se programó, envió y donde se está desarrollando.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/125 ========== ***

Nº de registro: 0125

Título
C. S. CASETAS "CONOCE TU CENTRO"

Autores:
TAPIA PEREZ ANA ISABEL, SANCHEZ MATEO OLGA, TAPIA VILLALBA MERCEDES, ANDRES NILSSON ANA KARIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0125

1. TÍTULO

CONOCE TU CENTRO

Otro Tipo Patología: Niños de 2º año de Educación Infantil.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la Salud

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

PROBLEMA
En Atención Primaria debería ser prioritaria la Educación para la Salud y la Prevención y cuanto más temprana sea esta actuación mejores resultados se obtienen.
La edad escolar, y en concreto los 7-8 años, es un momento idóneo para aprender hábitos saludables de una forma integral desde el comienzo. Ésto nos permitirá trabajar sobre la promoción de la salud y no sólo actuar sobre el problema.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover hábitos saludables en la población infantil desde un punto de vista de salud integral.
"Acercar" nuestro Centro de Salud a los más pequeños y mostrarlo como algo cercano y accesible para ellos.

MÉTODO
Presentaremos 2 charlas-talleres que consideramos imprescindibles: "Buylling" y "Cuidamos nuestra espalda".
Haremos reuniones en los colegios con sus respectivas direcciones y profesorado para que nos muestren otras necesidades detectadas para su trabajo en posteriores intervenciones.
Asimismo se programará una visita de los alumnos al Centro de Salud.

INDICADORES
Tras la visita y los talleres, nueva reunión en el Centro de Educación para objetivar cambios en el alumnado. Para ello proporcionaremos a los niños unos sencillos cuestionarios para valorar el grado de asimilación de la información dada. La aportación subjetiva del profesorado también se tendrá en cuenta.

DURACIÓN
Dos reuniones en el Centro de Educación: una previa a la visita y otra posterior.
Una visita anual al Centro de Salud de los niños de 2º curso de educación Infantil.

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 - 2018/0733

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE PARICIO HERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA LAFUENTE MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL TODOS LOS LUNES DE 17 A 18 HORAS EN EL CENTRO CIVICO DELICIAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL 15,7% HA MEJORADO EL EQUILIBRIO 9.82% HA MEJORADO LA VELOCIDAD DE LA MARCHA, EL 36.84 HA MEJORADO EN EL TEST DE LEVANTARSE DE LA SILLA. MEJORAN EN GENERAL UN 78.9% Y PRESENTARON UN 83.5 % DE ADHERENCIA A LA ACTIVIDAD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El ejercicio fisico monitorizado, en ancianos que nunca lo han hecho, les mejora notablemente su forma fisica . Ademas a los que viven solos les ayuda a socializar

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/733 ========== ***

Nº de registro: 0733

Título
PREVENCION DE LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO MEDIANTE EJERCICIO FISICO MONITORIZADO

Autores:
LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL, PINILLA LAFUENTE MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

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

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

PROBLEMA
La población de referencia es anciana, detectando gran fragilidad, polifarmacia, poca actividad física, sin disponer en la actualidad de otros programas de actividad física monitorizada; que se ha demostrado que previene la fragilidad.

RESULTADOS ESPERADOS
* La población diana son mayores de 70 años con un Barthel mayor de 90.
Obejtivos:
- Adherencia a la actividad física.
- Disminuir las caidas que precisen asistencia sanitaria.
- Disminuir la polifarmacia.

MÉTODO
Todos los lunes, de 17horas a 18horas, en el centro cívico Delicias: ejercicio físico monitorizado:

- Movilización articular

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0733

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL

- Ejercicios de equilibrio
- Tonificación muscular
- Elasticidad

INDICADORES
% de usuarios que han acudido de forma regular a realizar la actividad.

% de caidas que han precisado asistencia sanitaria durante el perioro de actividad.

% reducción de fármacos.

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 - 2018/1086

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALICIA DUARTE CARCAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRANCO MORENO MARIA PILAR
BOLDOVA AGUAR MARIA CARMEN
GONZALEZ BARRIO ISIDORO
JIMENEZ PARDO ANGELES
PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE
PEREZ ROSEL JOSEFINA
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Reunión para presentar el proyecto de calidad a los nuevos componentes del equipo y asignación de tareas.
2. Reuniones periódicas cada 6 meses (desde mayo de 2018 a enero de 2020).
3. Revisión del maletín de urgencias, carro de paradas y organización del material sanitario de la sala de urgencias.
4. Elaboración de un maletín específico para las urgencias pediátricas.
5. Control mensual de reposición y caducidades del material sanitario mediante registro escrito.
6. Propuesta e implementación de la revisión periódica del maletín y sala de urgencias por parte de todo el equipo del centro (médico y enfermera).
7. Colocación de documentos gráficos (algoritmos) en el cuarto de urgencias sobre la atención de la patología urgente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Mejora en el conocimiento y manejo del material sanitario y sala de urgencias por parte de todo el equipo.
2. Disminución en el riesgo de errores en relación con material caducado.
3. Actualización de la medicación según necesidades observadas.
4. Aumento de la participación e implicación de los profesionales en la gestión.
5. Indicadores utilizados:
-Que exista constancia por escrito de los contenidos y la revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines (objetivo: 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Valoración muy positiva por la importancia de mantener las condiciones adecuadas para la atención urgente en el centro.
-Alta adhesión del equipo a las actividades propuestas (>80%)
-Actividades pendientes:
1. Revisión, actualización y mejora del protocolo previo que designa al profesional responsable de cada situación urgente, tanto dentro del centro como en un aviso a domicilio.
2. Realización de cursos de reciclaje de RCP en el centro.

-La atención urgente en un centro de salud debe realizarse, en la medida de lo posible, de forma sistemática y atendiendo circuitos específicos de actuación. La actualización o formación continuada del personal sanitario en dicha atención es fundamental para alcanzar dicho objetivo. Por tanto creemos muy adecuado la replicación de un proyecto de mejora de la calidad en la atención urgente extrahospitalaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1086 ========== ***

Nº de registro: 1086

Título
ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

Autores:
DUARTE CARCAS ALICIA, BARRANCO MORENO MARIA PILAR, BOLDOVA AGUAR MARIA CARMEN, GONZALEZ BARRIO ISIDORO, JIMENEZ PARDO ANGELES, PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE, PEREZ ROSEL JOSEFINA, RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1086

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

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

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

PROBLEMA
La atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP por:

-La necesidad de que los profesionales estén formados y actualizados en el manejo de la urgencia.
-La necesidad de una buena organización y mantenimiento del material y sala de urgencias.
-La necesidad de contar con un procedimiento explícito de designación de los profesionales responsables de la atención urgente.

RESULTADOS ESPERADOS
-Definir un procedimiento con los contenidos básicos y de la organización del carro de paradas y emergencias.
-Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional responsable de la misma, tanto en el centro con en la atención domiciliaria.
-Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.

MÉTODO
-Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
-Proporcionar a los profesionales del EAP una matríz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente, incluyendo las situaciones excepcionales.
-Promover la formación en atención urgente distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados tanto por la Dirección de AP como por el propio centro.
-Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

INDICADORES
INDICADORES
1-Crear y difundir un documento que indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente tanto dentro del centro como en un aviso domiciliario:
-indicador/objetivo: existencia de dicho documento)
-indicador: % de profesionales conocedores del mismo (objetivo: superior al 80%).
2-Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP (objetivo: 80%).
3-Que exista constancia por escrito de los contenidos y la revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines (objetivo: 80%)

EVALUACIÓN
-Mediante informe del propio centro.
-Mediante visita al EAP.
-Mediante actas firmadas.

DURACIÓN
Fecha de inicio: junio de 2018
Fecha de finalización: 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 - 2019/0867

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS NORTE

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARINA PINILLA LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ARANDA CONCEPCION
LOPEZ ROSA
GONZALEZ MIR MARI FE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
21 de febrero sesion en el centro de salud sobre infecciones de orina. Asistencia de 40% de los profesionales
22 de mayo sesion en el centro de salud sobre infecciones urinarias en ancianos e institucionalizados con asistencia de un 50%
9 de Octubre sesion sobre enfermedades de transmision sexual con asistencia de 50% de los profesionales
14 de Marzo asisti a una reunion de los responsables sobre infecciones respiratorias
13 de junio asisti a una reunion de los responsables sobre infecciones de orina
1 de Octubre la reunion de los responsable fue para comentar los informes e indicadores de utilizacion de antibioticos
En junio, septiembre y diciembre se ha enviado a cada profresional sus indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Porcentaje de DDD FLUORQUINOLONAS. OBJETIVO 2019 9,9, HABIENDO LOGRADO: 9,1

PORCENTAJE DDD CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACION . OBJETIVO: 1.5 HABIENDO LOGRADO 0,6

EL NUMERO DE DHD EN EL PERIODO ENERO.NOVIEMBRE ES 9, ESTANDO EL SECTOR EN 14
HEMOS ALCANZADO LOS OBJETIVOS PROPUESTOS Y LA UTILIZACION DE ANTIBIOTICOS ES MUY INFERIOR EN NUESTRO CENTRO, AL SECTOR Y ARAGON

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cuando se explica a los profesionales y a los usuarios cuando se deben de utilizar los antibioticos, todo el mundo lo entiende y se obtienen buenos resultados.
ME QUEDA POR CONSEGUIR IMPLICAR A TODOS LOS PROFESIONALES DEL CENTRO INCLUIDOS LOS DE ATENCION CONTINUADA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/867 ========== ***

Nº de registro: 0867

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS NORTE

Autores:
PINILLA LAFUENTE MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS 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 .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Para dar continuidad al trabajo comenzado el año pasado, hay que seguir con el buen uso de los antibioticos y disponemos de indicadores extraidos de los propuestos por el plan nacional contra la resistencia a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0867

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS NORTE

antibioticos

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de los antibioticos entre los profesionales de atencion primaria, mejorando la adecuacion en la prescripcion.
Monitorizar la utilizacion de los antibioticos de los profesionales a traves de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias

MÉTODO
Monitorizar 2 indicadores de utilizacion de antibioticos
Realizar formacion especifica dirigida a los profesionales en infecciones urinarias, ETS y de piel y tejidos blandos

INDICADORES
% De profesionales que reciben informacion sobre indicadores de utilizacion de antibioticos
Porcentaje de DDDFluorquinolonas : reduccion de un 2% respecto a 2018
Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generacion : no usar a no ser que este debidamente justificada al ser antibioticos de ambito hospitalario. Reduccion 2% respecto a 2018

DURACIÓN
Febrero: uso adecuado de antibioticos en infecciones urinarias
Abril;: uso adecuado de antibioticos en ETS
Octubre-Diciembre: uso adecuado de antibioticos en infecciones de piel y partes blandas

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 - 2019/1052

1. TÍTULO

CALIDAD DE REGISTRO DGP Y FACTORES DE RIESGO EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA CONCHELLO GIMENEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO DIAZ ISABEL
GIL CORTES MARIA TERESA
URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO
HERRANZ ALFARO ALFREDO
ALAVA CAUSAPE AMOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SELECCION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL PROYECTO
SELECCIONAR INDICADORES
EVALUAR SU REGISTRO
COMUNICAR AL EAP LA SITUACION DETECTADA
PROPUESTAS DE MEJORA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto al FR TABAQUISMO el 8,18% esta Resgistrado y son fumadores, el 83,64% existe registro y no fuman y el 8,18% no existe registro.
Respecto al FR HIPERTENSION el 74,54% esta Registrado y son HTA, el 20,91% no lo son y el 4,54% no existe Registro
Respecto al FR DISLIPEMIA el 59,09%n existe Registro y son Dilipemias, el 37,27% no lo son y el 3,64% no existe Registro
Respecto al FR DIABETES el 39,09% esta Resgistrados y son Diabéticos, el 56,36% no lo son y en el 4,54% no existe Registro.
Respecto al FR IRC el 50% esta Registrado y son IRC, el 41,82% no lo son y en el 8,18% no existe Registro.
Respecto al FR OBESIDAD el 50,91% existe el Registro y son Obesos, el 40,91% no lo son y en el 8,18% no existe Registro.
Se han seleccionado 110 pacientes con Insuficiencia Cardíaca de los 5 Cupos de los profesionales implicados (MF).
Se elabora un documento de información al resto del EAP de los resultados obtenidos y /o acciones de mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se detecta una buena calidad de registro en general de los indicadores seleccionados, siendo los registros mas deficientes TABAQUISMO, IRC Y OBESIDAD por lo que incidimos en la necesidad de mejorarlos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1052 ========== ***

Nº de registro: 1052

Título
CALIDAD DE REGISTRO DGPFACTOR DE RIESGO EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores:
CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA, HERRANZ ALFARO ALFREDO, ALAVA CAUSAPE AMOR, GIL CORTES MARIA TERESA, NAVARRO DIAZ ISABEL MARIA, URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO, UCEDO APARICIO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: INSUFICIENCIA CARDIACA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1052

1. TÍTULO

CALIDAD DE REGISTRO DGP Y FACTORES DE RIESGO EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Considerada
por SALUD la Insuficiencia Cardíaca como proyecto prioritario en el C
Programa de 2019, hemos detectado oportunidades de mejora en el
registro, DGP, de sus Factores de Riesgo

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar los registros de FR en pacientes con Insuficiencia Cardíaca

MÉTODO
Seleccion de pacientes con diagnóstico de I.C de los profesionales implicados en el proyecto.
Seleccionar indicadores a evaluar
Evaluar su registro.
Comunicar al EAP la situación detectada.
Propuestas de mejora.

INDICADORES
Tabaquismo.
HTA
Dislipemia
Diabetes
Insuficiencia Renal Crónica
Obesidad

DURACIÓN
Abril 2019
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 - 2019/1059

1. TÍTULO

SOLEDAD NO DESEADA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SERRANO ANDRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER ESTEBAN VICTORIA
PARICIO MARIA JOSE
PINILLA LAFUENTE MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones mensuales en la asociación de vecinos de Delicias los primeros jueves de mes, con las trabajadoras sociales de la asociación, responsables de C.S.Delicias Sur y centros municipales de base.
Durante los 6 primeros meses de 2019 se ha realizado la captación de todas las personas que viven solas en el centro de salud. En la 2ª quincena del mes de junio realizamos entrevistas pasando escalas sobre la soledad social a 40 personas, con un 29% de varones y 71% de mujeres. El 69,68% eran viudos/as.
El resultado en la soledad social: 53.4% daban resultados altos, siendo mucho más elevada en las mujeres.
En más de la mitad de los casos tanto en varones como mujeres sienten en muchas ocasiones que nadie les hace caso.
Un tercio de las mujeres sienten especialmente la soledad por las noches.
El 86.27% no usan nunca internet.
La mitad de los entrevistados no hacen uso de los servicios para las personas mayores existentes en el barrio.
Y resulta curioso que el 50% le gustaría participar en las actividades que se realizan en el barrio.
Los resultados en cuanto a las actividades que les gustarían hacer, la mayoría solicitan:
salir a pasear y poder hablar, así como talleres de memoria.
Finalmente, en cuanto a los servicios que conocen solo un tercio de los pacientes conocen los centros de convivencia, la ayuda a domicilio y la teleasistencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tenemos registrado el número de ancianos que viven solos y con las encuestas conocemos las necesidades sentidas por ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el barrio de las Delicias hemos detectado un porcentaje muy elevado de personas que viven solas y con necesidades de atención.
Durante el año 2020 formaremos voluntarios para intervenir en las necesidades más prioritarias.

7. OBSERVACIONES.
La trabajadora social Eva Domingo, que inició este proyecto ya no está trabajando con nosotras. Por este motivo ha cambiado la responsable.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1059 ========== ***

Nº de registro: 1059

Título
SOLEDAD NO DESEADA

Autores:
DOMINGO HIJAR EVA, PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE, SERRANO ANDRES PILAR, LAGUNA MARTINEZ PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ancianos mayores de 70 años que viven solos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1059

1. TÍTULO

SOLEDAD NO DESEADA

En los últimos años estamos asistiendo a cambios demográficos relevantes con un incremento progresivo de personas con edades avanzadas, destacando aquellas que viven solas, con al aparición del fenómeno de soledad no deseada en nuestros mayores.
La mayor parte de la población del centro de Salud tiene más de 70 años. Creemos que hay un alto porcentaje de personas mayores que viven solas.
La soledad tiene un impacto en la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

El proyecto que se presenta pretende localizar a personas mayores que viven solas y han elegido seguir viviendo en su casa y que lo puedan hacer en condiciones de seguridad y bienestar.
La prioridad es reducir la soledad y el riesgo de aislamiento y exclusión social.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de vida de las personas mayores que se sienten solas en Delicias, disminuyendo los efectos de la soledad no deseada, incidiendo también en la prevención de situaciones de riesgo.

Identificar y cuantificar las personas en situación de soledad no deseada y riesgo de aislamiento social pertenecientes al Centro de Salud para intervenir en función de las necesidades que se detecten.

Establecer canales de comunicación, colaboración y coordinación con las entidades del barrio de Delicias que trabajan con el colectivo de personas mayores, para responder a la problemática social derivada de la soledad.

Conocer los recursos y proyectos de Delicias que puedan suponer oportunidades para las personas mayores que se sientan solas y ejercer un efecto positivo sobre su estado de salud.

MÉTODO
Sesión informativa en el Centro de Salud presentando el proyecto y solicitando colaboración en la búsqueda de pacientes.

Colocación de carteles en la consultas para facilitar la búsqueda activa.

Realización de sesiones de trabajo de comunicación, colaboración de forma periódica con entidades del barrio (sistema sanitario, servicios sociales, centro cívico....) que trabajan con personas mayores para conocer los recursos de cada entidad y establecer mecanismos de coordinación integrada, conjunta y organizada de actuaciones.

Sensibilización en torno a la soledad no deseada

Fortalecimiento de redes de apoyo: vecindad, voluntariado, recursos

INDICADORES
Numero de personas mayores de 70 años que viven solas
Número de peronas mayores que viven solas y carecen del suficiente apoyo familiar y social

DURACIÓN
Primer trimestre 2019 recogida de datos
Segundo trimestre 2019 seleccion de personas mayores vulnerables
Tercer y cuarto trimestre 2019 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 - 2018/0720

1. TÍTULO

¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ..... GEMA GALINDO MORALES
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUIRRE ABADIA NOELIA
CERON MACHADO PILAR
SOLA ANTON JOSE FERNANDO
COBOS MANCHON DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo de 2019 se han llevado a cabo las actividades de intervención.
El proyecto se ofreció a los 6 colegios de la zona básica de Delicias Sur, de los que 3 participaron finalmente.
La Intervención en el Centro de Salud (ya descrita en la Memoria inicial) se llevó a cabo en las fechas siguientes:
27/2/19 CEIP Emilio Moreno Calvete.
27/3/19 Colegio Santa María Reina.
8/5/19 CEIP Andrés Manjón.
Posteriormente, los profesionales Gema Galindo y Noelia Aguirre, acudieron al centro educativo para realizar una segunda intervención y reforzar los aspectos aprendidos y/o ampliarlos (ej. Nociones de primeros auxilios).
Posteriormente, se llevó a cabo la evaluación del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Eficacia de la intervención: Nº de encuestas realizadas con resultados favorables (3 o más respuestas contestadas correctamente) después de la intervención/ Nº de encuestas realizadas en total x 100
(24+22+21) / 73 x 100 = 67/ 73 x100= 91,7%
2. Indicador cualitativo: Sensación/Opinión de los profesores del centro educativo y de los propios alumnos a través de la elaboración de dibujos y carteles sobre su visita.
La valoración de los profesores ha sido positiva en los 3 colegios. Uno de los puntos fuertes ha sido el vídeo elaborado de presentación que los alumnos tenían que visualizar antes de acudir a realizar la intervención.
También nos exponen que cuando enseñamos y/o reforzamos conocimientos desde el centro de salud los niños muestran más interés y quedan más interiorizados.
La ficha que los niños realizaban posteriormente en clase, incluído el dibujo, muestra que el mensaje sobre la cercanía del centro de salud ha llegado; los conceptos sobre hábitos saludables están claros y la actividad les ha resultado amena.
3. Grado de participación (número de niños que participaron en el proyecto):
25+24+24= 73.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han alcanzado los objetivos de dar a conocer el centro de salud y los hábitos saludables a los niños, y de sensibilizar a docentes, pero no sabemos si ha tenido alcance con las familias.
Por otro lado, no hemos conocido la razón exacta por la que los otros 3 centros no se han interesado por la actividad.
Un gran porcentaje de los niños que acuden a la visita conocen previamente la figura de pediatra y enfermero, lo q aumenta el número de encuestas favorables.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/720 ========== ***

Nº de registro: 0720

Título
PROYECTO COMUNITARIO ¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!

Autores:
GALINDO MORALES GEMA, AGUIRRE ABADIA NOELIA, CERON MACHADO PILAR, SOLA ANTON JOSE FERNANDO, COBOS MANCHON DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0720

1. TÍTULO

¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Niños sanos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación comunitaria

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

PROBLEMA
Se detecta mediante una necesidad sentida de los profesionales de salud posibles situaciones de desigualdad de género y problemas de espalda en niños asociados a malos hábitos de salud que es necesario controlar desde la infancia.
Desde los centros educativos el profesorado corrobora esta necesidad y manifiesta un desconocimiento de los alumnos del Primer Ciclo de Educación Primaria sobre determinados hábitos saludables básicos así como del centro de salud, sus profesionales y las diferentes labores que realizan, lo que les provoca descofianza y miedo a la hora de recibir asistencia sanitaria.
La edad escolar, y en concreto los 7-8 años, es un momento idóneo para aprender hábitos saludables de una forma integral desde el comienzo. Por este motivo, este proyecto va dirigido a la población infantil de Segundo Curso de Educación Primaria de los Centros Educativos de la Zona Básica de Delicias Sur y en él participan profesionales de : Higiene bucodental, Enfermería y Fisioterapia.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover hábitos saludables en la población infantil desde un punto de vista de salud integral.
Sensibilizar a familias (a través del alumnado y personal del centro educativo) y profesores sobre la importancia de la educación para la salud desde la infancia.
Dar a conocer el Centro de Salud a la población infantil, presentándolo como un organismo “cercano, amigo y que presta ayuda”.

MÉTODO
1. Actividades de organización:
1.1. Reunión en el centro educativo con el Jefe de Estudios y a través del correo electrónico con los tutores del curso implicado para recoger sus necesidades de salud concretas.
1.2. Reunión con los tutores en el centro educativo para explicarles qué aspectos tendrían que trabajarse en el aula antes de realizar la intervención con los niños. Visionado de un vídeo de presentación del Centro de Salud.
2. Preparación: Elaboración del vídeo de presentación del Centro de Salud por los profesionales implicados.
Elaboración de una presentación tipo Power-Point para apoyar la explicación teórica de la intervención.
Elaboración de una encuesta para los alumnos que realizarán antes y después de la intervención sobre conceptos sencillos sobre los profesionales y los conceptos aprendidos.
Preparación de los talleres.
3. Actividades de intervención:
3.1. Intervención comunitaria, que se desarrollará a través de una visita de los niños al Centro de Salud, que constará de dos partes:
3.1.1.Visita conociendo el centro de Salud y sus diferentes consultas y unidades.
3.1.2. Exposición teórica sobre temas relacionados con la salud, según necesidades del Centro Educativo.
Realización de talleres relacionados. Encuestas a los niños antes y después de la intervención.
3.2. Visita de los profesionales sanitarios al Centro Educativo para realizar una segunda intervención a través de dibujos, carteles… .
4. Actividades de comunicación:
4.1. Difusión a Dirección de Enfermería del Sector AP Zaragoza III.
4.2. Difusión a los miembros del EAP del CS Delicias Sur.

INDICADORES
1. Eficacia de la intervención:
Nº de encuestas realizadas con resultados favorables (3 o más de 5 preguntas contestadas correctamente) después de la intervención a los niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019 - Nº de encuestas con resultados favorables (3 o más de 5 preguntas contestadas correctamente) antes de la intervención a los niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019 / Nº de encuestas realizas de la intervención a los niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019x100

2. Indicador Cualitativo: Sensación/Opinión de los profesores del centro educativo y de los propios alumnos a través de la elaboración de dibujos y carteles sobre su visita.
3. Grado de participación: Nº de niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0720

1. TÍTULO

¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!

Enero a Septiembre/18: Gema Galindo, Noelia Aguirre, José Sola Antón.
Elaboración del vídeo de presentación del centro de Salud.
Elaboración del Power Point para la exposición teórica.
Elaboración de las encuestas para la evaluación.

Septiembre/18 a Junio/19:
Reunión en los centros educativos: Gema Galindo y Noelia Aguirre.
Difusión a la Dirección AP Sector III y EAP CS Delicias Sur: Gema Galindo y Noelia Aguirre.
Intervención en los centros de salud de los centros educativos de la zona básica de Delicias Sur: Pilar Cerón, David Cobos, Noelia Aguirre y Gema Galindo.
Segunda intervención en los centros educativos: Gema Galindo y Noelia Aguirre.

Junio/19: Fin de 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 - 2018/0805

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RODRIGO CORDOBA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesiones de Formación Continuada en Insuficiencia Cardíaca incidiendo en los criterios de diagnostico, tratamiento y seguimiento. Se han realizado 2 sesiones de formación de 60 minutos de duración.
Contribución en Formación Continuada de otros centros de Salud del Sector III (Zaragoza). Se han hecho sesiones en Maria de Huerva, Miralbueno, Valdefierro, Cariñena y Epila.
Se ha elaborado dos presentaciones en PPT: 1) Actualización en IC y 2) Planes de Cuidados de Enfermeria en IC

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Partiendo de datos estimativos no cuantificados:
1. Se ha alcanzado una ligera reducción de los ingresos hospitalarios por descompensaciones de IC
2. Se ha aumentado en alguna medida la vacunación antigripal y antineumocócica en estos pacientes
3. Se ha incrementado ligeramente el número de pacientes de IC con plan de cuidados
4. Se ha disminuido ligeramente el porcentaje de pacientes polimedicados
5. Ha mejorado el porcentaje de pacientes tratados con betabloqueantes y ha disminuido el uso de calcioantagonistas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La formación continuada en Insuficiencia Cardíaca en el contexto de paciente complejo y la recomendación de proponer referentes de IC en los Centros de Salud es una conclusión y recomendación de este proyecto.
Ha faltado una coordinación con Servicios de Medicina Interna y de Cardiología aunque para ello estos servicios deberían aceptar que la atención primaria no es subsidiaria de sus proyectos sino que deben estar en el mismo plano para mejor coordinación y cooperación. Puede haber problemas de coordinación entre direcciones de atención primaria y especializada que deberán considerarse en futuras fases.

7. OBSERVACIONES.
Recomendamos un incremento de los recursos en personal y disposición temporal para afrontar en extensión y profundidad este tipo de proyectos

*** ========== Resumen del proyecto 2018/805 ========== ***

Nº de registro: 0805

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE DELICIAS SUR

Autores:
CORDOBA GARCIA RODRIGO, ALASTRUE PINILLA MAR, COBOS MANCHON DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
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
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0805

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE DELICIAS SUR

implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.
El C.S. Delicias sur ya hizo un estudio sobre prevalencia de la IC en el anciano en 1994. El resultado entonces fue que en pacientes mayores de 65 años la prevalencia de IC fue del 6.3%. Actualmente segun el resgistro de OMI la prevalencia de IC y patologia crónica compleja en mayores de 65 años seria del 4,8%. Dada esta prevalencia y que el 21.7% % de nuestra poblacion esta por encima de esta edad se refuerza la pertinencia de nuestra participacion en el proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC
2. Cambios en la oferta de servicios: Implementacion de autocuidados en IC por parte del personal de enfermeria
3. Formación: Plan de formación IC: Sesiones clinicas para revision de las GPC en Insuficiencia Cardiaca
4. Adecuación de recursos: referentes rápidos en IC.
5. Evaluación: Ver Indicadores y Evaluacion
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.
7. Actividades Comunitaria. Continuidad de la linea iniciada hace años de Prevencion Cardiovascular en colaboracion con asociaciones ciudadanas con la incorporacion de la Prevencion primaria de la Insuficiencia Cardiaca mediante los factores de riesgo mas importantes: HTA, tabaquismo, dislipemias, etc

INDICADORES
INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: Actuacion comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo…) en el contexto de IC.
2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
2. Oferta servicios: Plantilla autocuidados /Comunitaria: Octubre 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. Octubre - diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo Octubre-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. Junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

OBSERVACIONES
10. ENFOQUE PRINCIPAL: Mejorar calidad asistencial en pacientes con IC.
11. POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Pacientes mayores de 65 años
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Mejora de la linea de decisiones compartidas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0805

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE DELICIAS SUR

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0826

1. TÍTULO

AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ..... OLGA RUBIO REMIRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASO GRACIA CARMEN
BARAJAS IGLESIAS BELEN
MENGUAL GIL JOSE MARIA
GARCIA SANCHEZ NURIA
FUERTES DOMINGUEZ AMPARO
ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL
AGUIRRE ABADIA NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Octubre 2018: Información y difusión del proyecto.
Enero-Marzo 2019: Dos Sesiones formativas sobre el tema en personal sanitario del centro de salud y profesores y tutores del IES Jerónimo Zurita.
Mayo-Junio 2019: Realización de cuestionarios: Inventario de depresión de Beck, Sel-harm Questionnaire y test de Apgar Familiar por los alumnos de los cursos de ESO del IES Jerónimo Zurita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Enero 2020: evaluación de resultados de los cuestionarios,en curso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Actualmente en proceso de valoración y recuento de los cuestionarios realizados.
Pendiente de conclusiones finales que serán reflejadas en la Memoria final.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/826 ========== ***

Nº de registro: 0826

Título
AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES

Autores:
RUBIO REMIRO MARIA OLGA, YETANO LARRAZABAL IORITZE, BARAJAS IGLESIAS BELEN, MENGUAL GIL JOSE MARIA, GARCIA SANCHEZ NURIA, FUERTES DOMINGUEZ AMPARO, ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL, AGUIRRE ABADIA NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

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

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

PROBLEMA
Se ha observado en los últimos años, un aumento en la prevalencia de conductas autolesivas en población adolescente.En los estudios publicados se describe una mayor comorbilidad psicopatológica y disfunción familiar. En nuestro medio se detectan tanto en atención primaria como en el ámbito escolar. Es importante la formación en estas conductas para su detección precoz y atención temprana por los diferentes profesionales implicados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0826

1. TÍTULO

AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES

RESULTADOS ESPERADOS

- Desarrollar un trabajo comunitario y multidisciplinar, colaborando con distintos activos sociales de nuestra zona: USMIJ, S.S Ayuntamiento, IES Jerónimo Zurita, Servicio de Urgencias de HCU y servicio de pediatría en Centro de Salud.
- Aumentar el grado de conocimiento de ésta conducta por los profesionales implicados a nivel sanitario y educativo al que pertenece nuestra población adolescente.
- Establecer protocolos de detección en ámbito escolar y atención primaria.
- Registrar cifras de prevalencia e incidencia.

MÉTODO

- Sesiones formativas en ámbito escolar y atención primaria, con la participación de todos los activos sociales del proyecto, para mejorar el conocimiento de la prevalencia, causas, factores de riesgo, comorbilidad, prevención y tratamiento.
- Protocolo de detección mediante test de respuesta anónima basados en el Beck Depresión Inventory (BDI) y Test de Sel-Harm questionnaire, validado en español.
- Registro de casos.
- Atención en el ámbito escolar y sanitario de casos detectados.

INDICADORES

- Cifra de prevalencia inicial.
- Cifra de incidencia anual.
- Comparación con cifras de prevalencia en estudios publicados en población infantojuvenil.
- Cuestionario para evaluar grado de conocimiento previo de profesionales implicados.
- Cuestionario para evaluar el grado de conocimiento 6 meses tras la intervención formativa y evaluación de grado de mejora.
- Evaluación psicométrica de variables psicológicas detectadas de riesgo y comorbilidad.

DURACIÓN

2018 Octubre => Información y difusión del proyecto.
2018 Noviembre-Diciembre => Inicio de proyecto.
2019 Enero-Marzo =>

- Sesión formativa de dos horas en Centro de Salud Delicias Sur. Dirigida a profesionales sanitarios, residentes de Medicina de Familia y pediatría y estudiantes de 5º y 6º de Medicina presentes en el período de rotación.
- Sesión formativa de dos horas para profesionales docentes en IES. Jerónimo Zurita.

2019 Marzo–Mayo => Realización de escalas psicométricas.
2020 Marzo–Mayo => Realización de escalas psicométricas.
2020 Septiembre => Finalización de proyecto.
2020 Octubre => Evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0921

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR LLORENTE FAURO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL
GRACIA MORTE CONCEPCION
GALDEANO BIEL ANA MARIA
OCHOA MONEO PURIFICACION
LABORDA BAZAN GREGORIO
PARDOS ARCOS CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como seguimiento al proyecto comenzado en el año 2018 sobre la soledad no deseada en Delicias, nos hemos seguido reuniendo durante el año 2019 las diferentes entidades que participamos en este proyecto (Centro Municipal de Servicios Sociales, Cáritas, Asociación de Vecinos Manuel Viola, centros de convivencia de Delicias, C.S. Delicias Norte y C.S. Delicias Sur). Las reuniones las hemos realizado en la asociación de vecinos de manera mensual el primer jueves de cada mes exceptuando agosto.

En este año 2019 hemos terminado de poner en común las actividades que cada asociación o entidad realiza y así poder difundirla a las personas susceptibles del uso de las mismas. Cada centro de salud hemos cuantificado el número de personas mayores de 70 años que viven solas. En nuestro centro son aproximadamente 650 personas. Dentro de éstas hay personas que están en riesgo de aislamiento social ya sea porque no tienen red de apoyo familiar o por las dificultades arquitectónicas de su domicilio.

En la reunión de abril de 2019 nos reunimos el personal de ambos centros de salud para definir las características de las personas que formarán la muestra de nuestro trabajo y valoramos los diferentes caminos hacia los que el estudio puede ir.

En la reunión de mayo se determina que, para conocer mejor las necesidades de las personas del estudio, se pasarán en las consultas de los centros de salud unas encuestas junto a una escala de soledad a las personas mayores de 70 años que viven solas y acuden al centro de salud. Elegimos la escala validada Este II de soledad social que junto a una serie de preguntas y un espacio de sugerencias pasamos durante un periodo de 15 días.

Después del verano retomamos las reuniones con las conclusiones de las escalas. Se expone al grupo las conclusiones generales y diferenciadas por sexos. Acordamos plantear unas propuestas y conclusiones generales para poner en común en la siguiente reunión.
A final de año dentro de las propuestas que se realizan, está la de entrevistar a 20 personas que elijan los equipos sanitarios, para poder personalizar las necesidades y carencias. Como propuesta está la de formar a un grupo de voluntarios para poder actuar en este pequeño grupo y ayudarles en las actividades que, aunque están pendientes de definir todavía en las próximas reuniones, ya en las encuestas pasadas en verano salía que las actividades de salir a pasear, conversar, talleres de memoria y atención o ayudar en trámites administrativos eran las más demandadas por la población.

En enero de 2020 se estudia un tríptico que nos pueda servir como base para difundir en la población y así sensibilizar al entorno e intentar fortalecer las redes de apoyo de vecindad y de la comunidad. Queda pendiente ahora en marzo de este año la realización de una sesión en el centro de salud sobre nuestro proyecto de la soledad no deseada en Delicias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En primer lugar llama la atención en la puntuación total de la Escala de Soledad Social (ESS) que un 40 % de los encuestados tienen puntuaciones por encima de 15 lo que corresponde a niveles medio-altos y altos de sentimiento de soledad social, por género las mujeres tienen puntuaciones mas altas que los varones -42 % en niveles medio-altos y altos en las mujeres frente al 33 % en varones -.

Por apartados destaca el sentimiento de soledad en el componente afectivo con puntuaciones muy altas en el ítem “sentirse solo y sentirse triste” lo que contrasta con bajas puntuaciones en el ítem “sentirse querido”, lo que podría explicarse por la contradicción de tener personas significativas que te quieren pero no pueden dedicar el tiempo que se consideraría necesario. Este sentimiento de soledad se acrecienta cuando se refiere al tiempo de la noche.

A pesar de tener amigos o familiares que, en general se preocupan por ellos –tener en cuenta no obstante un 29 % que no tienen este sentimiento – un alto porcentaje -44% - manifiesta que sienten que se les hace poco caso

En el apartado de comunicación es muy manifiesto que un 43% sienten que les resulta difícil hablar con alguien y un 59 % refiere que les llaman pocas veces o nunca.

Muy demostrativo resulta que todavía un 48 % utilizan pocas veces o nunca el teléfono móvil para comunicarse y mucho menos internet 93 % a veces o nunca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0921

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

También a destacar el bajo nivel de participación social en los recursos existentes 69 % solo a veces o nunca acude a centros de mayores, asociaciones, etc, y también muy llamativo la percepción de un sentimiento de rechazo a la socialización a través de estos recursos un 64% manifiesta no gustarle las actividades de ocio.

ESTOS RESULTADOS NOS MUESTRAN UNA SITUACION DE ALTO SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA, MAS ALTO EN MUJERES, CON GRANDES NECESIDADES DE COMUNICACIÓN POR UN SENTIMIENTO DE SOLEDAD AFECTIVA, CON BAJA PARTICIPACION EN LOS RECURSOS SOCIALES PARA MAYORES Y CON UN GRADO MUY BAJO DE UTILIZACION DE LAS NUEVAS TECNOLOGIAS DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
PROPUESTAS:
- En primer lugar se hace necesario establecer una red coordinada en el barrio de Delicias formada por servicios sociales sanitarios, movimiento vecinal y otros agentes sociales del barrio que sea capaz de:
- Detectar las necesidades de las personas que viven solas
- Detectar a las personas solas en riesgo de aislamiento social
-Establecer prioridades de intervención en las personas mas vulnerables
-Impulsar conocimiento de los múltiples servicios existentes en el barrio entre las personas mayores ya que se detecta una escasa motivación y participación
-Promover el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación con nuevas propuestas en el barrio de Delicias
-Difundir los resultados de este proyecto y elaborar materiales accesibles con los recursos existentes para personas mayores en el barrio: comedores sociales, centros de mayores, actividades de la asociación de vecinos…
-Coordinar un proyecto de voluntariado dirigido a las personas con mayor riesgo de aislamiento social
- Desde el centro de salud Delicias Sur se propone.
-Para las personas que viven solas incapacitadas para salir del domicilio: en primer lugar detecta las necesidades reales de estas personas, extendiendo entre todas ellas los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio y recursos de la dependencia. Se ve prioritario para este grupo el voluntariado de acompañamiento y la formación tanto de este voluntariado como de las cuidadoras principales.

-Para las personas mas válidas también es importante detectar sus necesidades reales mediante entrevistas o grupos focales, extender la teleasistencia en los mayores de 70 años, así como los servicios de ayuda a domicilio. También se ve prioritario informar sobre los recursos existentes para los mayores promoviendo entre ellos la incorporación como voluntarios de acompañamiento a mayores en riesgo de aislamiento. Y por ultimo también la formación tanto a voluntarios como a cuidadoras.

7. OBSERVACIONES.
El trabajador social Gregorio Laborda Bazan se ha jubilado en 2019 y se incorpora Carmen Pardos Arcos como nueva trabajadora social al proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/921 ========== ***

Nº de registro: 0921

Título
LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

Autores:
LLORENTE FAURO MARIA PILAR, GALDEANO BIEL ANA MARIA, ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL, GRACIA MORTE CONCEPCION, OCHOA MONEO PURIFICACION, LABORDA BAZAN GREGORIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ATENCION AL ANCIANO SOLO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0921

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

PROBLEMA
Se trata de un proyecto intersectorial en el que participan el Centro Municipal de Servicios Sociales, Cáritas, Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias, Centro de Salud Delicias Norte y Centro de Salud Delicias Sur. Se ha detectado un incremento de las situaciones de soledad no deseada en personas mayores en Delicias, con una tasa de envejecimiento de 230,28%, tasa de sobre-envejecimiento de 17,79% y una tasa de dependencia de 56,4%. A todo esto le sumamos escasas redes de apoyo (tanto familiar, de vecindario y servicios públicos) y con un modelo urbanístico que favorece el aislamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
*Conocer la problemática y necesidades actuales de soledad no deseada en la población mayor, de dos polígonos de Delicias, coincidiendo con las zonas de salud Delicias Sur y Delicias Norte.
*Proporcionar a este grupo de población una asistencia sanitaria 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.

MÉTODO
Mediante la metodología de la Investigación-Acción-Participativa que es una combinación de investigación, educación-aprendizaje y acción, se va a crear un Grupo de Investigación formada por personas de la comunidad de Delicias que será coordinado y asesorado por un Equipo Multidisciplinar formado por representantes de los agentes que promueven el Proyecto. Se aplicarán instrumentos de investigación cualitativos y cuantitativos para conocer la situación de este grupo de la población y sus necesidades. Se elaborará un informe para dar a conocer los resultados y se plantearán estrategias de acción para los diferentes ámbitos implicados: comunitario, social, sanitario.

INDICADORES
1. Equipo multidisciplinar constituido con los diferentes agentes
2. Grupo de investigación constituido
3. Aplicación de los instrumentos de investigación
4. Elaboración del informe de situación
5. Planteamiento de estrategias de acción

DURACIÓN
El Proyecto tiene una duración prevista de 2 años
DE MAYO DE 2018 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 - 2019/1030

1. TÍTULO

MIS MARIPOSAS VUELAN LIBRES

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NOELIA AGUIRRE ABADIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALINDO MORALES GEMA
SOLA ANTON JOSE FERNANDO
SANCHEZ PRIETO YASMINA
ANTOÑANZAS SERRANO ALMA
COOMONTE TUNEZ PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización del cuestionario por el alumnado de sexto de primaria de los CEIP Moreno Calvete y CEIP Andrés Manjón.
Realización de una intervención en ambos CEIP, donde se habla con un lenguaje adaptado a su edad y por medio de contenidos audiovisuales, juegos, talleres..
Realización de cuestionario tras la intervención para poder valorarla y evaluarla.
Presentación de una Sesión Clínica al EAP Delicias Surpara concienciar sobre la VG y la actuación en caso de detección de algún caso .
Devolución de resultados de la encuesta realizada a los/as alumnos/as de tercero de ESO el año pasado, que este curso cursan cuarto ESO. Debate tras la devolución
Intervención en todas las vias de 1º ESO del IES Jerónimo Zurita sobre comunicación relacionada con VG (a petición del equipo orientador del IES por haber identificado múltiples problemas a lo largo del curso relacionados con este tema)
Realización del cuestionario por los /as alumnos/as de 2ºESO
Seguir con la elaboración y diseño de la unidad didáctica de prevvención De VG para intervención con toda la comunidad educativa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Del análisis de las encuestas que se realizan cada año obtenemos, de las 27 preguntas tipo test, resultados cuantitativos y de las preguntas abiertas, resultados cualitativos, con los que valoramos qué tipo de intervención se adpta más a las necesidades de dicho grupo.
La valoración cualitativa del proyecto por la comunidad educativa es muy positiva, incluy´endola cada año en el programa educativo del IES y de los CEIP.
La valoración de las intervenciones por el grupò de trabajo es muy positiva, por la gran participación, el interés mostrado y la aportación de ideas por el alumnado.
Incremento de las intervenciones sobre VG tanto en el IES como en los CEIP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hay un gran desconocimiento por parte de los/as adolescentes de la Violencia de género, siguen pensando que es exclusiva de adultos.
Relacionan la VG con la violencia física y no con otros tipos.
Normalizan la VG y conviven con ella a diario.
En caso de ser testigos no sben cómo ayudar.
Normalizan la violencia verbal y creen que es una forma de expresarse propia de su edad.
Los centros educativos de educación primaria y secundaria constituyen un espacio privilegiado para llevar a cabo estudios de detección de violencia y/o desigualdad por razón de género.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1030 ========== ***

Nº de registro: 1030

Título
MIS MARIPOSAS VUELAN LIBRES

Autores:
AGUIRRE ABADIA NOELIA, GALINDO MORALES GEMA, SANCHEZ PRIETO YASMINA, COBOS MANCHON DAVID, ANTOÑANZAS SERRANO ALMA, SOLA ANTON JOSE FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1030

1. TÍTULO

MIS MARIPOSAS VUELAN LIBRES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Violencia de género
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Aumento de casos de VG detectados en los primeros cursos de la ESO y en las revisiones del C. S. Delicias Sur . En reuniones con los colegios Andrés Manjón y Moreno Calvete han mostrado su preocupación por el tema y la necesidad de que se les hable.

RESULTADOS ESPERADOS
Que los niñ@s de 12 años hayan trabajado la igualdad, respeto y prevención de la violencia de Género

MÉTODO
Se realizará un proyecto comunitario que consiste en :
- Reunirnos con los profesores de 6º de primaria para pactar los temas que creen más importantes a tratar
- Se realizará un cuestionario tipo test (que será una primera intervención)
- Se realizará una intervención en el colegio de aproximadamente 2 h con juegos y talleres
- Se volverá a realizar el test para ver lo que han mejorado

RECURSOS : Horas de trabajo con sustitución (para reuniones, preparación e intervención) . Las fotocopias correrán a cargo del colegio . El soporte será de presentación power point

INDICADORES
Se valorará el cambio en los test

DURACIÓN
1 año renovable

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 - 2019/1051

1. TÍTULO

DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS. CS DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PURIFICACION OCHOA MONEO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLE SALAZAR BEGOÑA
IZQUIERDO RODRIGUEZ CIARA
LANAU BELLOSTA NOELIA
COOMONTE TUNES PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión clínica en el CS sobre la necesidad y las técnicas para deprescribir benzodiacepinas.
Sesión clínica especial para los residentes que participan en el proyecto, valorando tanto las técnicas y pautas de la deprescripción como las estrategias cuando nos planteamos su inicio.
Elaboración de hoja/documento en el que se recogen las recomendaciones para todos los profesionales del CS.
Colaboración con Farmacia del área para evaluación de resultados a los 0-6 y 12 meses tras el inicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A los 6 meses y en colaboración con Farmacia del área III, ha disminuído el uso de benzodiazepinas en el CS alrededor de 3%
Pendientes de realización del siguiente corte a los 12 meses. (aproximadamente Mayo 2.020)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendientes de resultados finales.
Hemos comprobado la importancia de tener presente el uso y abuso de benzodiazepinas y las posibilidades de valorar el inicio y las técnicas de deprescripción.
La toma de conciencia, a través de acciones sencillas puede ser de utilidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1051 ========== ***

Nº de registro: 1051

Título
DEPRESCRIPCION DE BENZODIACEPINAS EN CS DELICIAS SUR

Autores:
OCHOA MONEO PURIFICACION, VALLE SALAZAR BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: Consumo inadecuado de Benzodiacepinas.
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión (“no hacer”)
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las benzodiacepinas son un grupo de medicamentos con utilidad demostrada en procesos de ansiedad e insomnio y con limitaciones en su prescripción: duración, dosis y características de los pacientes. Se han observado en nuestro centro consumos por encima de lo esperado (DDD) lo que puede contribuir a un aumento de sus efectos secundarios y de dependencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo, evaluar consumo, y valorar deprescripción planteando alternativas al mismo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1051

1. TÍTULO

DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS. CS DELICIAS SUR

MÉTODO
Sesión clínica informativa con invitación a participar a los profesionales, (medicina y enfermería) dispuestos a profundizar y trasladar a sus pacientes la oferta de reducción de benzodiacepinas.
Formar grupo de trabajo y presentar resultados al resto de profesionales.

INDICADORES
Evaluación basada (en colaboración con Servicio de Farmacia) en el consumo de Benzodiacepinas al año de iniciada la actividad.

DURACIÓN
Fecha prevista en Mayo 2.019/ corte a los 6 meses y al año

OBSERVACIONES
Se podrán utilizar documentos de información, cartas dirigidos a 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 - 2019/1135

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MENOR DE 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NURIA GARCIA SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO RERO SILVIA
MENGUAL GIL JOSE MARIA
DUCE CAMACHO SONIA
RUBIO REMIRO MARIA OLGA
AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES
FUERTES DOMINGUEZ AMPARO
CABRERIZO PEREZ DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del proyecto:
Durante el mes de abril de 2019 se elaboró el proyecto con la colaboración de todo el equipo implicado, el proyecto se presentó al EAP y en el mes de mayo de 2019 se envió a la Unidad de Calidad del Servicio Aragonés de Salud.

Solicitud de material:
En octubre: Se solicitó el test de Diagnóstico Rápido de Influenza (TDRI) que tiene el código SERPA 16525.
Sesiones informativas / formativas:
Se realizó una sesión informativa con el equipo del proyecto. sobre el protocolo y pautas para la utilización de TDRI en pacientes que cumplan los criterios establecidos.
A finales de octubre se estableció una reunión con la Drª Ventura Faci, Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario y con la Drª Paloma Huerta, Facultativo de urgencias pediátricas del mismo hospital para realizar el adiestramiento en la toma de muestras nasofaríngeas para la realización del test.

Toma de muestras para el TDRI:
El 23 de noviembre 2019 se recibieron dos cajas de los TDRI, a partir del 29 de noviembre se realizó las primeras tomas frotis nasofaríngeo. Durante la época de epidemia gripe, se está realizando el TDRI a los menores de 4 años con fiebre o sospecha clínica de gripe, sin que por la sintomatología o la exploración pueda establecerse el origen de la fiebre.

El test se está realizando en niños menores de 4 años con fiebre de 38ºC o más, entre las 12 y 48 horas de evolución. No antes de 12 horas del comienzo de la fiebre, ni más allá del 4º día.
La toma se realiza mediante frotis nasal con el hisopo que proporciona el fabricante del TDRI.
El tiempo de espera para que la lectura sea válida es de 5-10 minutos. El resultado que proporciona puede tener 6 posibilidades:
Negativo, positivo para gripe A, positivo para gripe A (H1N1), positivo para gripe B, coinfección y test inválido.

Recogida de datos:
En una plantilla se recogen datos de los sujetos testados como: Edad, sexo, temperatura máxima, horas de evolución de la fiebre, fecha de realización y semana epidemiológica. Observaciones: Seguimiento
Estos datos se vuelcan en una hoja de cálculo Excell

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han registrado 49 TDRI realizados, con los siguientes resultados:
o 24 negativos
o 25 Positivos.
De ellos 22 gripe A, 3 gripe B
o 1 fue positivo a gripe A, pero era un niño de mayor edad de la indicada en el proyecto, afecto de mielomeningocele, por ello no se ha incluido en los cálculos y no se ha contabilizado.
La edad media de los niños fue de 2,48 años.

El tiempo medio de evolución del cuadro hasta la realización de la prueba ha sido de 42,2 horas.
La temperatura media fue 39,06. Se realizó a 27 niñas, el 55,1 %, se hizo a 22 niños, el 44,9 % .
De los 49 test realizados conforme a la normativa del proyecto, 25 han resultado positivos, es decir un 51,02 % de los test realizados fueron positivos.
Desde el 25 de noviembre al 20 de enero, 58 niños menores de 4 años tuvieron un diagnóstico de FIEBRE en el Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza, según registro OMI. El TDRI se realizó en 37 de ellos, es decir el 63 % fueron cribados. No hemos explotado el dato de fiebre hasta el día 28 de enero. El total de test registrados es hasta el 28 de enero de 2020. Estos datos son incompletos porque se ha seguido haciendo test hasta el 28 de enero 2020.
SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TDRI+
De los pacientes con un TDRI positivo, un niño de 8 meses acudió a urgencias por iniciativa de la familia, ya

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1135

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MENOR DE 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA

que se le explicó que la prolongación de la fiebre más allá del 5º-6º día requeriría estudio. En urgencias del HCU se le realizó PCR que fue positiva a gripe A, igual que nuestro test, se realizó hemograma, y Rx deTórax. No requirió tratamiento antibiótico. Fueron 2 pruebas complementarias, es decir 8% de los TDRI+
Dos pacientes requirieron antibiótico una niña de 2 años que al 5º día de evolución presentó supuración purulenta en oído derecho y un niño de 4 años, con antecedentes de otitis recurrente, con TDRI + a gripe B y con importante abultamiento de ambas membranas timpánicas desde el primer día. En una ocasión se hizo una prescripción diferida de antibióticos, que finalmente fueron administrados. Ello supone un uso de antibióticos en 3 casos, un 12% en niños positivos al test. Uno niño de 17 meses, con TDRI negativo, acudió a urgencias del HCU a las 48 horas y allí la PCR fue positiva a gripe A.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los niños pequeños con gripe pueden debutar como un síndrome febril sin foco o un cuadro respiratorio con fiebre. Para el manejo del Síndrome febril sin foco en pediatría se requiere la realización de exploraciones complementarias como : tira de orina, radiografía de tórax, hemograma, proteína C reactiva, procalcitonina, hemocultivo, etc. Algunos de estos niños podrían recibir tratamiento antibiótico ante la incertidumbre de padecer una infección bacteriana potencialmente grave.
Un test de diagnóstico de gripe positivo disminuye mucho la probabilidad de infección bacteriana, con los cual todo lo anterior no sería necesario.
Con los datos obtenidos de la primera época de utilización del TDRI y con los datos preliminares, podemos afirmar que a 25 niños menores de 4 años se les ha manejado su cuadro febril de forma conservadora, sin necesidad de realizar pruebas complementarias, derivar a urgencia o utilizar antibióticos innecesarios salvo en 1 caso, en otros 2 lo justificaba la complicación OTITIS, pero no el diagnóstico de fiebre o gripe. Esto ha sido así ya que se disponía de un test de diagnóstico rápido de gripe positivo.

7. OBSERVACIONES.
El estudio debe continuar hasta mediados de marzo de 2020.
Dado que el umbral epidemiológico de gripe no se superó hasta la segunda semana epidemiológica, fecha 6 de enero, el proyecto debe continuar mientras exista actividad gripal elevada, que se supone pueda ser aproximadamente hasta mediados de marzo.
Una de las enfermeras de pediatría se encuentra de baja por razones relacionadas con el embarazo y ha sido sustituida por otra enfermera (Silvia Navarro Rero ha sido sustituida por Pilar Llorente Fauro)
La recepción de las cajas de los test está sometida a importantes retrasos que dificultan la agilidad para la realización de los TDRI de forma uniforme durante la estación gripal, de hecho el día 21 de enero se interrumpió la disponibilidad de los test, sin recibir las cajas pedidas en los 10 días anteriores, hasta el 23 de enero.
El proyecto debe continuar hasta el descenso de la incidencia de gripe, para hacer una evaluación final.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1135 ========== ***

Nº de registro: 1135

Título
UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACION PEDIATRICA MENOR DE 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA

Autores:
GARCIA SANCHEZ NURIA, NAVARRO RERO SILVIA, MENGUAL GIL JOSE MARIA, DUCE CAMACHO SONIA, RUBIO REMIRO MARIA OLGA, AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES, FUERTES DOMINGUEZ AMPARO, CABRERIZO PEREZ DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Gripe
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1135

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MENOR DE 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA

El Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza está adherido a los Programas de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA)de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Durante las épocas de actividad gripal se ha descrito un incremento del uso de antibióticos, llegando hasta un 46% en niños diagnosticados de gripe; siendo un 36% de estas indicaciones innecesarias.

Aunque se conoce perfectamente la definición de caso clínico de gripe, los niños pequeños, en especial los menores de 3-5 años, tienen dificultad para expresar síntomas como cefalea, mialgias y dolor de garganta. Durante los primeros días de un cuadro gripal los niños pequeños pueden debutar como un cuadro de fiebre sin foco que requeriría la realización de investigaciones suplementarias para descartar una infección bacteriana potencialmente severa.
La incertidumbre diagnóstica ante un cuadro gripal en pacientes menores de 3 años conduciría a una mayor prescripción de antibióticos, realización de radiografías de tórax, analíticas sanguíneas, de orina y derivaciones a urgencias hospitalarias.
Durante la pasada época epidémica de gripe (desde el 5 noviembre de 2018 a 25 de marzo de 2019), y teniendo en cuenta sólo a los niños menores de 4 años, se realizó un diagnóstico de gripe en 27 niños y 121 fueron diagnosticados de fiebre.
La posibilidad de disponer de test de diagnóstico rápido de influenza (TDRI) permitiría un manejo más preciso de estos pacientes y una disminución del uso de antibióticos, se ha descrito hasta un 70%, ya que un TDRI positivo reduce al mínimo la posibilidad de una infección bacteriana grave o que requiera antibióticos. También han disminuido la realización de radiografías de tórax y otras exploraciones complementarias.
Respecto a la sensibilidad del TDRI en los estudios que incluyeron niños fue mejor que en población adulta. El resultado del test rápido es valioso cuando es positivo, ya que su especificidad es cercana al 100%. Su sensibilidad aumenta en la época en que la prevalencia de gripe es mayor. Por ello, los resultados negativos de las pruebas rápidas deben interpretarse con precaución debido a la posibilidad de falsos negativos. La sensibilidad de la prueba depende en gran parte de la calidad de la muestra obtenida. El frotis nasofaríngeo es más sensible que el frotis nasal al obtener mayor contenido antigénico.
La prueba rápida disponible, que actualmente están utilizando en nuestro hospital de referencia (SD Influenza Ag A/B/A(H1N1) Pandemic) tiene el código SERPA 16525. Cada caja cuesta 266 euros y contiene 25 test.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general:
Mejorar la precisión diagnóstica de la gripe en niños menores de 4 años
Objetivos específicos:
- Disminuir el uso de antibióticos en niños menores de 4 años que presenten un cuadro febril o síndrome gripal durante las semanas de actividad de la gripe.
- Reducir la realización innecesaria de pruebas complementarias como radiografías de tórax, analíticas de sangre o de orina. Limitar las derivaciones a urgencias hospitalarias.
- Investigar la correlación entre el diagnóstico de gripe por criterios clínicos o con confirmación mediante TDRI.

MÉTODO
El TDRI se realizará en menores de 4 años si al disponer de una prueba positiva se modificarían las actuaciones subsiguientes.
Durante las semanas epidemiológicas 45 a 13, es decir, entre el 5 de noviembre y el 25 de marzo, época de epidemia gripal, se realizará el TDRI a los menores de 4 años con fiebre o sospecha clínica de gripe.
La muestra obtenida se realizará mediante un frotis nasofaringeo.
El test se realizará, a las 12 -48 horas del inicio de la sintomatología. Nunca antes de 12 horas de evolución de la fiebre8.
Un TRDI positivo disminuye mucho la probabilidad de infección bacteriana, con lo cual no sería necesario tratamiento antibiótico ni otras pruebas complementarias. Los pacientes con un TDRI negativo serán evaluados y seguidos de la forma habitual en estos casos.

INDICADORES
- % de niños menores de 4 años con un cuadro febril o síndrome gripal en los que se realiza el TDRI.
- % de niños menores de 4 años en los que se realiza el TDRI y se obtiene un resultado positivo.
- % de utilización de antibióticos en niños menores de 4 años con TDRI positivo.
- % de utilización de pruebas complementarias o derivación a urgencias en niños menores de 4 años con TDRI positivo.

DURACIÓN
Abril: Presentación del proyecto al EAP.
Octubre: Solicitud test y sesión informativa sobre el proyecto y pautas para la utilización de TDRI en pacientes que cumplan los criterios establecidos.
Noviembre 2019- Marzo 2019: Utilización del TDRI y registro de las variables que permitan evaluar la consecución de los objetivos planteados.
Abril 2020: Evaluación de resultados mediante la revisión de indicadores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1135

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE GRIPE (TDRI) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MENOR DE 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA

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 - 2019/1139

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MANUEL ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANAU BELLOSTA NOELIA
COOMONTE TUNEZ PABLO
IZQUIERDO RODRIGUEZ CIARA
VALLE SALAZAR BEGOÑA
DEL PUEYO PARRA MARTA
PEREZ VILLARROYA JOSE CARLOS
MENGUAL GIL JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como consecuencia de la dotación de un ecógrafo en el centro de salud Delicias Sur y de la realización del curso de formación básica en 2018, se planteó como objetivo integrar esta prueba diagnóstica en el proceso clínico-asistencial del centro.
Para ello a partir de marzo-abril de 2019 se ha creado una agenda diaria para citar a pacientes a ecografías. Un médico de plantilla realiza durante 3 horas a la semana ecografías solicitadas por el resto de médicos del equipo. Por otra parte 3 médicos de familia más y dos pediatras realizan ecografías de sus respectivos pacientes. Además 4 médicos residentes con formación especifica se han incorporado también a este circuito. De modo que en total de 8 cupos de medicina de familia y 2 de pediatría disponen de la oferta de ecografías en el centro.
Se han realizado 3 cursos de formación en ecografías el centro organizados por el IACS a los que han asistido 4 médicos de familia del centro mas 5 médicos residentes de 3º y 4º año. Los cursos han consistido en tres módulos de 7 horas de duración repartidos en tres áreas: ecografia tiroidea, ecografía de riñón y vías urinarias y ecografía abdominal. También hay que reseñar que 4 médicos residentes han recibido formación especifica con rotaciones externas de uno o dos meses de duración en el tercer año de su especialidad. Se ha realizado una sesión clínica en el equipo describiendo las indicaciones de las ecografías realizadas en el periodo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para la evaluación de los resultados de este proyecto se diseñó una hoja de recogida de datos en la que consta la identificación del paciente, el médico responsable, edad y sexo del paciente, región estudiada, indicación de la prueba y hallazgos encontrados,
Hasta el momento actual a mitad de enero de 2020 y desde el comienzo de este proyecto en abril de 2019 se han realizado un total de 200 ecografías en el centro de salud. Con la siguiente distribución: 110 en mujeres y 90 en varones.
Higado y abdomen superior 74
Riñon y vias urinarias 52
Próstata 19
Escroto 7
Partes blandas 10
Musculo-esquelético 10
Ginecológicas 5
Tiroides 42
No tenemos todavía una evaluación específica de los hallazgos ecográficos en relación con las indicaciones clínicas de la prueba diagnóstica porque todavía no hemos cumplido el período de tiempo que se prefijó para este proyecto y que termina a finales de abril de 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Podemos adelantar que el acceso a la ecografía nos está permitiendo detectar hallazgos que nos ayudan a responder a preguntas clínicas básicas para del diagnóstico clínico del paciente, podemos citar como ejemplos la objetivación del tamaño prostático en las HBP, la medición del residuo post-miccional, la visualización de nódulos tiroides, la detección de colelitiasis, la presencia de esteatosis hepática, o la presencia o no de dilatación de pelvis renal entre otros hallazgos mas frecuentes.
Al mismo tiempo se han podido detectar patologías potencialmente mas severas como la presencia de lesiones en órganos como el hígado, el riñón o las vía biliar entre otros que nos llevado acortar los tiempos de espera para el diagnóstico, a través de la interconsulta virtual o remitiendo al paciente por conductos preferentes.
Nuestra intención es tener todos estos datos completos con su correspondiente análisis estadístico al completar el periodo de un año y plantear una continuación del proyecto durante al menos un año mas al tratarse de un nueva tecnología diagnóstica de reciente implantación en atención primaria

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1139

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1139 ========== ***

Nº de registro: 1139

Título
EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

Autores:
ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL, LANAU BELLOSTA NOELIA, COOMONTE TUNEZ PABLO, IZQUIERDO RODRIGUEZ CIARA, VALLE SALAZAR BEGOÑA, DEL PUEYO PARRA MARTA, PEREZ VILLARROYA JOSE CARLOS, MENGUAL GIL JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA TIROIDEA, ABDOMINO-PÉLVICA, MUSCULOESQUELÉTICA, VASCULAR.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
A RAÍZ DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA, EN JUNIO DE 2018 SE REALIZÓ FORMACIÓN A MÉDICOS DE FAMILIA Y PEDIATRAS EN EL CENTRO DE SALUD (DOTADO DE ECÓGRAFO). DESDE ENTONCES SE HAN IDO REALIZANDO ECOGRAFÍAS CON EL OBJETO DE AMPLIAR LA EXPERIENCIA EN ESTE CAMPO.
LA ECOGRAFÍA ES UNA TÉCNICA DE DIAGNÓSTICO, NO INVASIVA, CUYA UTILIDAD EN CUALQUIER ENTORNO CLINICO NO OFRECE DUDAS EN EL MOMENTO ACTUAL. EN UN CONTEXTO CLINICO CONCRETO PUEDEN MEJORAR LAS DECISIONES Y ACTUACIONES DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

RESULTADOS ESPERADOS
1. EVALUAR EL GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN NUESTRO CENTRO DE SALUD TRAS UN AÑO DESDE SU IMPLANTACIÓN.
2. VALORAR LA UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ECOGRAFÍA EN INDICACIONES CONCRETAS COMO:HEMATURIA, DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO, ALTERACIONES TIROIDEAS, SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR...EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
3. INTENTAR EXTENDER EL USO DE LA ECOGRAFÍA EN EL MAYOR NÚMERO DE FACULTATIVOS DEL CENTRO.

MÉTODO
1. ORGANIZATIVAS: CREACIÓN DE AGENDA ESPECÍFICA PARA REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍAS ACCESIBLE A TODOS LOS FACULTATIVOS DEL CENTRO.
2. FORMACIÓN: CURSO ESPECÍFICO PARA TITULARES DEL CENTRO DE SALUD. REALIZACIÓN DE ROTACIONES EXTERNAS EN SERVICIOS DE ECOGRAFÍA DURANTE LA FORMACIÓN MIR.
3. REALIZACIÓN DE SESIONES CLINICAS A LO LARGO DEL AÑO (AL MENOS 2) PARA VALORAR LA EVOLUCIÓN DEL PROYECTO Y CON FINALIDAD MOTIVACIONAL.

INDICADORES
1. NÚMERO DE ECOGRAFÍAS REALIZADAS
2. CUANTIFICACIÓN DE LAS ECOGRAFÍAS REALIZADAS EN CADA CUPO.
3. INDICACIONES DE CADA ECOGRAFÍA.
4. HALLAZGOS EN CADA ECOGRAFÍA

DURACIÓN
UN AÑO (DE ABRIL DEL 2019 A ABRIL DEL 2020) PRORROGABLE.

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 - 2019/1323

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GABAS BALLARIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA SANCHEZ NURIA
ASENSIO ASENSIO LOURDES
NAVARRO RERO SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Monitorización de dos indicadores de utilización de antibióticos: uno de ellos es el DHD de antibióticos totales cuyo objetivo 2019 era 18,2%, manteniéndonos por debajo de la media del sector. El segundo de ellos es el porcentaje de envases de macrólidos, cuyo objetivo 2019 era 20,8%, reduciendo un 2% con respecto a 2018.
Revisión de la adecuación de la prescripción de Azitromicina prescrita en 2018 mediante un estudio descriptivo, obteniendo una muestra representativaaleatorizada de los pacientes que tomaron Azitromicina en 2018 en el CS Delicias Sur.
Revisión de la indicación de test rápido de estreptococo en base a criterios clínicos, revisando los test realizados en la consulta de Atención Continuada en el primer trimestre de 2019 y relacionándolos con los criterios clínicos o de Centor para ver la adecuación en la indicación.
Sesiones informativas sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes: tras las sesiones para los responsables de antibióticos del Área III realizamos sesiones clínicas en el centro de salud para compartir con el equipo lo allí expuesto, corrigiendo errores y modificando pautas de actuación incorrectas.
Elaboración de material sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes: se elabora un tríptico de contenido básico y de sencilla comprensión consensuado con el servicio de farmacia del Área III y el consejo de salud de la zona básica de salud. Material para entregar en las actividades que se realizan en la asociación de vecinos Manuel Viola .
Preparación de una sesión informativa sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes a través del Consejo de Salud de la zona. El responsable de antibióticos acude a varias sesiones del Consejo de Salud para presentar propuestas de material impreso sobre información de antibióticos a pacientes y la posibilidad de realizar charlas informativas donde los pacientes puedan comprender mejor la importancia del buen uso de antibióticos y plantear dudas.

A lo largo del año y vía correo electrónico hemos compartido información, últimas recomendaciones y resolución de dudas con los compañeros del equipo, tanto de enfermería como de medicina.
Se ha favorecido el uso de Test rápido de Streptococo entre los componentes del equipo, realizando formación en enfermería y dejando un algoritmo de uso junto a la caja de Test para que sea más fácil su uso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El porcentaje de profesionales que han recibido información sobre indicadores de utilización de antibióticos ha sido del 100%.
DHD de antibióticos totales: en el periodo de enero-noviembre, el número de DHD es de 9,9, muy por debajo de la media del sector que ha sido de 14 DHD.
Porcentaje de envases de macrólidos : en el periodo de enero – noviembre el porcentaje de envases de macrólidos es de 15,7% y ha disminuido de forma considerable respecto al año anterior (21,2% en 2018)
Revisión de la adecuación de la prescripción de Azitromicina de 2018: el consumo de macrólidos en AP ocupa el 3º lugar y en nuestro centro en concreto era bastante alto, decidimos revisar las prescripciones y ver si se adaptaban a las guiás terapéuticas autonómicas. Observamos que las prescripciones que se ajustaban a las indicaciones de las guías fueron un 8,2% (Tosferina, FAA en alérgicos a penicilina, uretritis gonocócica y GEA por Campylobacter), el resto de prescripciones fueron la mayoría en procesos víricos en los cuales no estaba indicado el antibiótico. Se presentaron los datos a los miembros del equipo para favorecer un cambio en la tendencia de prescripción y adecuarla a la etimologiza de las patologías.
Revisión de indicación de Test rápido de estreptococo: Relacionamos los resultados positivo o negativo del test con los criterios Centor, para criterios Centor 1 y 2 los porcentajes de valores positivos de Test eran muy bajos, en cambio con 3-4 criterios Centor aumentaba hasta un 83. Debemos por tanto hacer un diagnóstico correcto, en caso de 3- criterios, se realiza test rápido y este debe de ser correctamente realizado para lo que es importante la formación e información tanto a profesionales como paciente. Desde este punto decidimos importante formar a nuestro personal de enfermería para realizar correctamente el test, incluso valoramos la posibilidad de realizar un video para añadirlo al panel de control de PROA de la intranet de nuestro sector.
Se realizan reuniones con el consejo de salud los días 25 de abril y 30 de mayo de 2019 para presentar un triplico de información para pacientes y estudiar la posibilidad de realizar una charla en algún local de alguna de las entidades participantes en el consejo. Se deja el triptico preparado y la charla para cuarto trimestre, pero debido a la incorporación de la OPE y traslados, con la movilización de parte del equipo, se ha pospuesto para este año 2020.
Se han realizado 3 sesiones clínicas de formación sobre antibióticos: Jueves 4 de abril, sobre IRA – primera parte (80% de participación), jueves 2 de mayo sobre IRA- 2ª parte (82% de participación) y 27 de junio sobre ITU. El 7 de septiembre se envió un correo electrónico a todo el personal del equipo con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1323

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS SUR

recomendaciones, resolución de dudas, manual de toma de muestras de nuestro área, etc. La sesión sobre piel y partes blandas no ha podido realizarse por la movilidad por traslados e incorporación OPE.
Nuria García Sancheteee y Maria Pilar Gabás Ballarín participamos en la preparación de un curso sobre PROA para médicos de atención continuada que se realizó en Junio de 2019 y participamos como ponentes.
Acudimos al Congreso sobre calidad en salud que se celebró en Teruel los días 19 y 20 de marzo y participamos con las siguientes comunicaciones orales: Indicación de test Rápido del Streptococo en base a criterios clínicos y Revisión de la Calidad de prescripción de Azitromicina en AP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos positivamente los resultados obtenidos en los indicadores de uso de antibióticos en el 2019, habiendo mejorado con respecto a años anteriores. Esto es fruto del esfuerzo y trabajo realizado tanto por los componentes del grupo de mejora como del resto de profesionales del equipo que se han implicado favorablemente y con entusiasmo para alcanzar los objetivos.
Las sesiones clínicas han sido muy amenas, creando un coloquio constructivo lo que nos llevo a dividir la sesión de IRA en dos .
Estamos convencidos que este esfuerzo debe proseguir, hay que seguir formando al equipo y estimulando para que el buen uso de antibioticos sea la norma y sea innato en nuestro quehacer diario.
Debemos seguir formando en toma de muestras haciendo sesiones clíncas con enfermería, en infecciones de transmisión sexual que están aumentando de forma alarmante, seguir con nuestra educación sanitaria a pacientes con folletos informativos y charlas para que se unan a nuestro esfuerzo por conseguir ganar la batalla a las resistencias bacterianas.
Este equipo de mejora debe seguir, de medio de comunicación entre el equipo AP y el PROA-AP, con los mismos objetivos que hasta ahora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1323 ========== ***

Nº de registro: 1323

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS SUR

Autores:
GABAS BALLARIN MARIA PILAR, GARCIA SANCHEZ NURIA, ASENSIO ASENSIO LOURDES, NAVARRO RERO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

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
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).

El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.

También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria y pacientes, mejorando la adecuación de su prescripción y su uso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1323

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE DELICIAS SUR

Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.
3. Dar una sesión informativa sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes a través del Consejo de Salud de la zona

INDICADORES
• % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
• Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 18,2 (Mantener por debajo de la media del sector)
-Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: 20,8% (reducción de 2% respecto a 2018)
• Revisar adecuación de la prescripción de Azitromicina prescrita en 2018
• Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.
• Elaboración de material sobre el uso adecuado de antibóticos a pacientes
• Realización de la sesión informativa sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Abril- Reunión con el Consejo de Salud
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Octubre-Noviembre: sesión en el consejo de salud sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2018/0819

1. TÍTULO

PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NURIA VAL JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL
MONLEON SANZ YOLANDA
GOÑI ELORRI YOLANDA
RUIZ GIMENO MARIA JOSE
EZQUERRA CAUDEVILLA MARIA VICTORIA
GARCIA YESTE MIGUEL
CANO BAGLIETTO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DURANTE ESTOS MESES SE HA TRATADO DE IMPLENTAR POR PARTE DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA PROPORCIONADAS POR EL SALUD.PARA ELLO SE HA RECORDADO A TODOS LOS PROFESIONALES LA EXISTENCIA DE LA MISMA Y SE HAN REALIZADO SESIONES FORMATIVAS PARA DESTACAR LOS PUNTOS CLAVES Y REALIZAR FORMACIÓN DE LAS NUEVAS PAUTAS.
LOS PROFESIONALES HAN REALIZADO UNA REVISIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO TIPIFICADO EN OMI CON INSUFICIENCIA CARDIACA, OPTIMIZANDO TRATAMIENTOS Y REALIZANDO SEGUIMIENTO DE LOS MISMOS, ASÍ COMO ESPECIAL ATENCIÓN EN LAS REAGUDIZACIONES.
SE HAN REALIZADO REUNIONES DE TRABAJO CON CARDIOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DONDE SE HAN REALIZADO CIRCUITOS PARA DISPONER DE UNA COMUNICACIÓN DIRECTA ENTRE TODOS LOS PROFESIONALES . DE ESTE MODO EL PACIENTE SERÁ VALORADO EN CADA MOMENTO DE SU ENFERMEDAD Y ESTADÍO DE LA MISMA ASÍ COMO EN SUS REAGUDIZACIONES DE UNA MANERA OPTIMIZADA Y MÁS ADECUADA CONTANDO CON LOS RECURSOS DISPONIBLES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HAN REALIZADO RUTA DE INSUFCIENCIA CARDIACA PACTADA POR CARDIOLOGÍA-MEDICINA INTERNA- MEDICINA DE FAMILIA
SE HAN REALIZADO SESIONES CLINICAS
GRACIAS A LA INTERCONSULTA VIRTUAL UN 100% D ELOS PACIENTE REQUERIDOS HAN SIDO VALORADOS TANTO VIRTUAL COMO EN PRESENCIA SEGÚN RUTA PACTADA POR ESPECIALIDADES Y MEDICINA DE FAMILIA
NO DISPONEMOS DE POSIBILIDAD DE VALORAR NUMEROS PUES NO TENEMOS ACCESO A ESTE TIPO DE INFORMACIÓN
SE HA CREADO GRUPO DE TRABAJO DE INSUFICNECIA CARDIACA
SE HA MODICADO CADA PROFESIONAL LA AGENDA PARA REALIZAR REVISIÓN DE PACIENTES SEGÚN HA CREIDO OPORTUNO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACIÓN HA SIDO POSITIVA PUES HEMOS PODIDO DAR UN ENFOQUE DIFERENTE A PACIENTES CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA Y HA SERVIDO PARA DAR MAYOR INTERÉS A LOS MISMOS Y NO CENTRARNOS SOLO EN OTRO TIPO DE PATOLOGÍAS
LA INSUFICIENCIA CARDIACA ES UNA ENFERMEDAD CRONICA QUE CURSA CON REAGUDIZACIONES Y LA PREVENCIÓN DE ESTAS MEJORA EN GRAN MEDIDA LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE
ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA QUE PARA ESTE TIPO DE PACIENTE LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES MEJORA EN GRAN MEDIDA SU MANEJO
EL AUTOCUIDADO E IMPLICAR AL PACIENTE EN PREVENIR Y CONOCER REAGUDIZACIONES ES FUNDAMENTAL

7. OBSERVACIONES.
ES DIFICL VALORAR RESULTADOS ES ESTE PROYECTO

*** ========== Resumen del proyecto 2018/819 ========== ***

Nº de registro: 0819

Título
PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN C.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Autores:
GASCON DEL PRIM ELENA, LLERA GUERRA RAQUEL, CHAMORRO LASALA JOSE ANTONIO, GOÑI ELORRI YOLANDA, MONLEON SANZ YOLANDA, GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL, GARCIA YESTE MIGUEL, EZQUERRA CAUDEVILLA MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0819

1. TÍTULO

PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS DE EJEA DE LOS CABALLEROS

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

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

PROBLEMA
Baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP. La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso. Uso racional de recursos. Mejora en el grado de adhesion al tratamiento, integracion de AP-AE, GPC y aumento de la resolutividad de AP en la atencion de la IC

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar actividades preventivas en la ICC de los pacientes con IC
-Reducir el uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios
-Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumococica en pacientes con IC
-Potenciar los cuidados a todos los pacientes del programa
-Adecuar el tratamiento farmacológico en IC

MÉTODO
Implementación de GPC
Formación: plan de formacion IC mediante sesiones clínicas del EAP, sesiones de gestión de casos
Cambios en la oferta de servicios. definición de una consulta monográfica, modificación de agendas, incorporación de plantilla autocuidados
Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo grupo IC, indicadores de seguimiento

INDICADORES
Mejora de las actividades preventivas en ICC: actividad comunitaria dirigida a realización de actividad física, ayuda en el abandono del tabaco
Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC
Potenciación de los cuidados en IC: Nº de pacientes con diag de IC en los que conste vacunación antigripal. Objetivo aumento del 10% en vacunacion antigripal, respecto al año anterior
Porcentaje de paciente con diagnóstico de IC en los que consta registro del plan de cuidados: control de peso, perímretro cintura, TA. Objetivo medicion de la situación de partida . Fuente de datos OMI AP

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo mayor de un año.
-Cambios en práctica clínica: Consensuar GPC e implementación
-Cambios en la oferta de servicios:Definición de consulta monográfica, incorporación de plantilla de autocuidados. Mayo-noviembre 2018
-Formación: sesiones de EAP y gestión de casos cada 60 dias
-Evaluación: Diseño de plantilla/trabajo grupo. Junio-octubre 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 - 2019/0982

1. TÍTULO

ATENCION AL PACIENTE Y FAMILIAR CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: UTILIZACION DE ACTIVOS DE NUESTRA COMUNIDAD PARA EL APOYO DURANTE EL PROCESO DE DESHABITUACION

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALBA GALLEGO ROYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR
GOÑI ELORRI MARIA YOLANDA
ROMEO LAMBAN MERCEDES
MURILLO CONTIN MARIA JESUS
VAL JIMENEZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el primer semestre de 2019, se ha realizado una valoración por el equipo de la pertinencia del proyecto.
Se hizo una reunión inicial explicando la población diana y el código CIAP 15 utilizado además de cómo realizar la recomendación de activos.
Se explicó la asociación y, de acuerdo con el equipo, contactar con UASA Ejea de los Caballeros para conocer las diferencias y coordinar las recomendaciones.
Durante el verano, dado la gran demanda y el periodo vacacional, no se pudo continuar con el proyecto. Además, tras el verano hubo un cambio completo de todo el equipo médico (OPE y Traslados) por lo que se decidió continuar con la FASE 1 e iniciar la FASE 2 durante el año 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha podido realizar una primera evaluación del número de pacientes con el código CIAP 15 dado los cambios de equipo y la necesidad de nueva formación.
Se mantiene el contacto con la asociación ACVAAR con la recomendación de este activo para la comunidad de forma puntual a varios pacientes, con gran aceptación tanto por ellos como por sus familiares.
Se mantienen los indicadores de evaluación sugeridos al inicio del proyecto, pero realizandolo durante 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es de vital importancia la longitudinalidad de este tipo de proyectos. Se ha realizado la agenda comunitaria del centro de salud con la finalidad de que los nuevos profesionales que acudan a este centro de salud conozcan desde el inicio los proyectos comunitarios y las actividades que se han en la zona básica de salud.

7. OBSERVACIONES.
Cabe destacar, que del grupo de comunitaria inicial del proyecto, el 50% de los profesionales han cambiado de centro de salud asignado, causa de la dificultad de finalización durante este año, y la decisión de continuarlo y finalizarlo el próximo 2020.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/982 ========== ***

Nº de registro: 0982

Título
ATENCION AL PACIENTE Y FAMILIAR CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: UTILIZACION DE ACTIVOS DE NUESTRA COMUNIDAD PARA EL APOYO DURANTE EL PROCESO DE DESHABITUACION

Autores:
GALLEGO ROYO ALBA, VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR, GOÑI ELORRI MARIA YOLANDA, ROMEO LAMBAN MERCEDES, MURILLO CONTIN MARIA JESUS, VAL JIMENEZ NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CIAP (P15 ABUSO CRÓNICO DE ALCOHOL)
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0982

1. TÍTULO

ATENCION AL PACIENTE Y FAMILIAR CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: UTILIZACION DE ACTIVOS DE NUESTRA COMUNIDAD PARA EL APOYO DURANTE EL PROCESO DE DESHABITUACION

PROBLEMA
Dentro de nuestra práctica diaria en la zona básica de salud de Ejea de los Caballeros, observamos un alto porcentaje de pacientes con consumo de alcohol excesivo. Dicho consumo, es asumido por la población general como "normal" y, excepto en ocasiones muy llamativas, con consumos muy excesivos, no es consultado ni por el propio paciente ni por los familiares.

Dentro de la comunidad, impresiona de la existencia de un tabú sobre el tema. A pesar de las múltiples campañas nacionales por parte de las instituciones, ha aumentado en los últimos años por la llegada de población joven inmigrante con consumo excesivo previo o, población joven sin consumo previo pero con escaso apoyo familiar actualmente y que se ha refugiado en el consumo como forma de socialización. Por lo tanto, destacan dos núcleos de población de riesgo: personas con un consumo excesivo desde la juventud que lo asocia a "consumo normal" y población joven inmigrante que utiliza el alcohol como forma de sociabilización.

Valoramos ese consumo excesivo calculando el número de gramos de alcohol por semana (Varones > 280 y Mujeres > 168). En muchas ocasiones, este consumo no se observa como un problema, y es descubierto por parte de los sanitarios a partir de alteraciones en pruebas complementarias como elevación de GGT, VCM o Trigliceridos.

Dentro de la comunidad, la asociación ACVAAR (Asociación Cinco Villas Alcohólicos y Adictos Rehabilitados), asentada en Ejea desde 1993, realiza diversas actividades de apoyo y ayuda mutua durante el proceso de deshabituación que en muchas ocasiones es desconocida para parte del equipo de atención primaria (EAP).

RESULTADOS ESPERADOS
Dada la problemática actual en nuestra zona básica de salud, nos parece pertinente incidir durante este próximo año en conocer y diagnosticar a la población de riesgo de esta patología. Inicialmente, con un periodo de valoración de si las hipótesis generadas por el equipo de atención primaria sobre la población de riesgo son correctas y posteriormente continuar con el proyecto en sí o adecuarlo a la población en riesgo actual.

Los resultados que esperamos son aumentar el diagnóstico de los pacientes (realizar el protocolo de hábitos tóxicos con el cálculo de gramos de alcohol/semana, y si es mayor realizar el test CAGE), etiquetarlos con su correspondiente código CIAP (P15 ABUSO CRÓNICO DE ALCOHOL) y realizar la recomendación de activos (Asociación ACVAAR) para apoyar en la deshabituación, si así lo quieren, o darles la información por si posteriormente quisieran solicitar ayuda.

MÉTODO
FASE 1
Reunión de equipo: Realizar valoración de hábitos tóxicos, calculando el número de gramos y el test CAGE si hay consumo excesivo.
Sesión clínica impartida por la asociación a todo el equipo de atención primaria. Feedback por parte del equipo de atención primaria hacia la asociación.
Iniciar la recomendación de activos.
FASE 2
Analizar los datos demográficos de los pacientes etiquetados con el código CIAP P15. Valorar la población de riesgo de nuestra población.
Reunión con ACVAAR para la realización de actividades dirigidas a esa población de riesgo (derivación mediante la recomendación y comunicación con el referente, coordinación con salud mental, referentes de la comunidad como traductores para población extranjera…).

INDICADORES
- Número de pacientes con diagnóstico CIAP P15 desde el mes de Abril de 2019 hasta Junio respecto al Número de pacientes con diagnóstico CIAP P15 desde el mes de Enero 2019 hasta el mes de Marzo de 2019.
- Número de paciente con diagnóstico CIAP P15 a los que se le ha realizado la recomendación de activos ACVAAR.
- Porcentaje de pacientes que han acudido a la ACVAAR con la hoja de recomendación de activos del centro de salud.

DURACIÓN
- Marzo: Inclusión del activo en la herramienta de búsqueda de activos de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón.
- Abril-Junio: Inicio de recomendación. Formación al equipo por parte de ACVAAR.
- Julio-Septiembre: Evaluación de la población de riesgo mediante datos demográficos. Valoración de viabilidad de hipótesis inicial sobre población de riesgo.
- Octubre-Diciembre: Reunión entre asociación y grupo de atención comunitaria del centro para iniciar actividades dirigidas a la población de riesgo.

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) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0982

1. TÍTULO

ATENCION AL PACIENTE Y FAMILIAR CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: UTILIZACION DE ACTIVOS DE NUESTRA COMUNIDAD PARA EL APOYO DURANTE EL PROCESO DE DESHABITUACION

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1060

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL CENTRO DE SALUD EJEA DE LOS CABALLEROS

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE ..... KATHARINA LABORDA EXQUERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CANALES CRISTINA
GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL
OTIN BENEDI DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ASISTENCIA A CHARLAS CONVOCADAS EN ZARAGOZA PARA FORMACION E INFORMACION
REUNION EN CENTRO DE SALUD PARA EXPLICAR EL PROYECTO Y LOS OBJETIVOS A ALCANZAR EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEA
CHARLA DE ADECUACION ANTIBIOTICOS EN FARINGITIS ESTREPTOCOCICA EN ADULTOS
CHARLA DE ADECUACION ANTIBIOTICOS EN ITU EN ADULTOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HEMOS MEJORADO EN LA UTILIZACION DE ANTIBIOTICOS DE BAJO ESPECTRO EN FARINGOAMIGDALITIS STREPTOCOCICA

HEMOS DISMINUIDO EL EMPLEO DE MACROLIDOS EN IRA Y FARINGOAMIGDALITIS STREPTOCOCICAS
HEMOS DISMINUIDO REDUCIDO EL CONSUMO DE CEFALOSPORINAS DE 3ª GENERACION CON RESPECTO AL 2018 AUNQUE TENEMOS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN PROXIMOS AÑOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
AUNQUE HEMOS MEJORADO,TENEMOS QUE SEGUIR MEJORANDO RESPECTO AL SECTOR,TODAVIA SEGUIMOS UTILIZANDO ALGUNA CEFALOSPORINA DE 3ªGENERACION EN ALGUNAS INFECCIONES NO SIENDO LA MEJOR ELECCION
LA AZITROMICINA TAMBIEN LA UTILIZAMOS A VECES POR SU COMODIDAD DE POSOLOGIA,NO SIENDO LA PRIMERA ELECCION
QUEDA PENDIENTE DE REALIZAR LA CHARLA DE ETS
DEBEMOS PONER EN COMUN LOS RESULTADOS OBTENIDOS CADA TRIMESTRE CON TODO EL EQUIPO INCLUYENDO COMPAÑEROS DE GUARDIAS
ES IMPORTANTE CONTINUAR CON ESTE PROYECTO DE CALIDAD Y CON LA FORMACION EN EL USO ADECUADO DE ANTIBIOTICOS,PARA LA MEJOR UTILIZACION DE ELLOS,EN BENEFICIO DE NUESTROS PACIENTES Y NUESTRO ENTORNO PARA REDUCIR RESISTENCIAS

7. OBSERVACIONES.
ALGUNOS PACIENTES CRONICOS LLEVAN PAUTAS LARGAS DE ANTIBIOTICOS CON CEFAS,AZITROMICINA Y QUINOLONAS PAUTADAS POR ESPECIALISTAS QUE LOS MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA EXTENDEMOS LA PRESCRIPCION
EN FARMACIA DEBERIAN REGISTRARSE LOS CIAS QUE PAUTAN LOS TRATAMIENTOS,NO EL CIAS AL QUE PERTENECEN LOS PACIENTES,

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1060 ========== ***

Nº de registro: 1060

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Autores:
LABORDA EZQUERRA KATHARINA, LOPEZ CANALES CRISTINA, DOMINGUEZ FENOLLE PILAR, OTIN BENEDI DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

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 .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1060

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL CENTRO DE SALUD EJEA DE LOS CABALLEROS

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
• % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
• Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 19,4 (reducción de 2% respecto a 2018)
- Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: 22,9% (reducción de 2% respecto a 2018)
• Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2019/1119

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EJEA DE LOS CABALLEROS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL LLERA GUERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRIOS MIGUEL MONICA
ESPESO EZQUERRA MARIA
CASALE VILLA MARIA
CLEMENTE REY PATRICIA
MONLEON SANZ YOLANDA
JIMENEZ BAQUERO JANA MARIA
GALLEGO ROYO ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-DURANTE ESTE TIEMPO SE HAN REALIZADO REUNIONES DE EQUIPO TRIMESTRALES, EN UNA INICIAL SE HA EXPLICADO AL EQUIPO LA PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA, EN LAS DE SEGUIMIENTO SE HAN ACLARADO DUDAS Y SE HAN EXPLICADO LOS DIFERENTES PUNTOS DE VISTA. TAMBIÉN HA SIDO OBJETO DE DEBATE DE LAS REUNIONES SEMANALES TANTO DE MEDICINA COMO ENFERMERÍA POR SEPARADO EN NUMEROSAS OCASIONES
-SE HA REALIZADO DURANTE ESTE AÑO LA REVISIÓN POR PARTE DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS ASÍ COMO EL ETIQUETAJE DE LOS MISMOS A CRITERIO. SE HA REALIZADO PROTOCLO DE ACOGIDA .
.TRAS LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES SE HA REALIZADO EL PERTINENTE SEGUIMIENTO DE LOS MISMO, ASÍ COMO CONTROL, EDUCACIÓN SANITARIA, PREVENCIÓN DE REAGUDIZACIONES...
-SE HA CREADO UN CIRCUITO CON MEDICINA INTERNA PATA VALORACIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS, HOSPITAL DEL DIA Y URGENCIAS. REALIZANDO COLABORACIONES DIARIAS CUANDO HA ASI LO HA REQUERIDO EL PACIENTE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL ETIQUETAJE DE EL PACIETNE SE HA CUBIERTO AMPLIAMENTE, NO DISPONEMOS DE % YA QUE ESTOS DATOS PERTENECEN A INFORMÁTICA
NO PODEMO DISPONER DEL % DE PACIENTE CON PROTOCOLO DE ACOGIDA NI ATENDIDO EN UNIDAD DE CROMICIDAD PORUQE NO TENEMOS DATOS
-SESIONES RELIZADAS ESPECIFICAMENTE 3, AUNQEU SE HA DADO COBERTURA A ESTE TEMA EN OTRAS SESIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA NECESIDAD DE CREAR UNA UNIDAD DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO ES EVIDENTE, ES IMPORTANTE ETIQUETAR ESOS PACIENTES QUE CADA EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA YA CONOCE Y TRATA CON ASIDUIDAD PERO DE ESTA FORMA EL RESTO DE COMPAÑEROS PUENDE ESTAR ALERTA.
ES INDISPENSABLE EL CIRCUITO DE LOS MISMOS CON ESPECIALIDADES, ASÍ COMO HOSPITAL DE DÍA E INTERNISTA
ES IMPORTANTE LA EDUCACIÓN SANITARIA PARA EVITAR REAGUDIZACIONES

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1119 ========== ***

Nº de registro: 1119

Título
MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EJEA DE LOS CABALLETOS

Autores:
LLERA GUERRA RAQUEL, MARES CAMELIA VALENTINA, ESPESO EZQUERRA MARIA, JIMENEZ BAQUERO JANA MARIA, MONLEON SANZ YOLANDA, CLEMENTE REY PATRICIA, CASALE VILLA PATRICIA, BARRIOS MIGUEL MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1119

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EJEA DE LOS CABALLEROS

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

PROBLEMA
El abordaje de las enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población plantean la necesidad de reorientar los sistemas de atención sanitaria hacia un cambio de enfoque centrado en las personas, las necesidades de la población, de manera que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente garantizando la continuidad en los cuidados y adaptándose a la evolución de la enfermedad en el paciente favoreciendo su autonomía.
Esta estrategia plantea un proyecto centrado en la atención al Paciente Crónico Complejo, identificando a cada paciente, su nivel de necesidad y facilitando la provisión de intervenciones específicas y adecuadas a dichas necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS
-Ofrecer máxima accesibilidad a paciente y cuidadores a su EAP y establecer programa de seguimiento para minimizar el riesgo de descompensaciones.
-Se proponen intervenciones individualizadas y continuadas con abordaje multidisciplinar, actuaciones proactivas y preventivas
-Crear un circuito de forma coordinada : EAP- Unidad Cronicidad
-Intervenir en el proceso de la enfermedad y disminuir la variabilidad clínica mediante el establecimiento de normas consensuadas de actuación
-Mejorar la salud, disminuir el nº de ingresos, disminuir nº de asistencias urgencias y mejorar la calidad asistencial

MÉTODO
Reunión equipo: explicar al equipo el programa PCC
Etiquetaje en OMI de los pacientes y realización protocolo acogida,
Identificación, valoración y seguimiento
Atención a las descompensaciones
Creación circuito EAP- UCA
Cursos formación

INDICADORES
Nº sesiones realizadas
% pacientes etiquetados
% pacientes protocolo acogida realizado
% pacientes atendidos unidad cronicidad (consulta telefónica, atención hospital de día o consulta programada)

DURACIÓN
Febrero a 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 - 2019/1179

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA:TECNICAS MINIMANETE INVASIVAS EN ATENCION PRIMARIA. CIRUGÍA MENOR E INFILTRACIONES

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA RIVERA FUERTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAHOZ GARCIA FERNANDO
JIMENEZ BAQUERO JANA MARIA
NDJOU OU MURILLO ESTEFANIA
SANCHO VICIEN ELENA
EZQUERRA CAUDEVILLA MARIA VICTROIA
CASALE VILLA PATRICIA
AURIA SORO LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado la primera reunion de equipo para explicar el funcionamiento de las consultas, a quién, qué y cómo derivar. Se han estableciudo los responsables d ela realización, y se han generado las agendas específicas para la organización de la actividad. En verano de 2019 se ha interrumpido la realización de estas actividades debido a la importante sobrecarga asistencial y ante la ausencia de sustitutos. Asimismo, ha cambiado prácticamente el 50% equipo médico (5 profesionales de 11) en septiembre/octubre de 2019, por lo que el reinicio de la actividad tras el período estival se ha visto retrasado. Es por ello que la rewsponsable del proyecto he pasado a ser yo (Ana Rivera) en lugar de Fernando lahoz que se ha traslado a otro centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado un total de 1 sesión explicativa, 97 pacientes referidos y ciotados en la consulta de infiltraciones, y 85 en la cionsulta de cirugía menor

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Habría que implementar mejoras en cuanto a las sesiones de qué y cuándo derivar, puesto que ha habido algún paciente derivado y no infiltrado o intervenido, y a la organización interna para no sufrir "parones" como el ocurrido este verano.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1179 ========== ***

Nº de registro: 1179

Título
CONSULTA MONOGRAFICA: TECNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS EN ATENCION PRIMARIA. CIRUGIA MENOR E INFILTRACIONES

Autores:
LAHOZ GARCIA FERNANDO, JIMENEZ BAQUERO JANA MARIA, NDJOU OU MURILLO ESTEFANIA, SANCHO VICIEN ELENA, EZQUERRA CAUDEVILLA MARIA VICTORIA, CASALE VILLA PATRICIA, AURIA SORO LORENA, LOGROÑO LAFUENTE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

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
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Dada la gran lista de espera con la que actualmente contamos en nuestro sector para las consultas de dermatología, rehabilitación, COT y fisioterapia nos hemos planteado la realización de consultas monográficas de cirugía menor e infiltraciones para intentar disminuir dichas listas y mejorar la a calidad asintencial hacia nuestros pacientes. Según la cartera de prestaciones de la Seguridad Social se incluye la realización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1179

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA:TECNICAS MINIMANETE INVASIVAS EN ATENCION PRIMARIA. CIRUGÍA MENOR E INFILTRACIONES

de procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no requieren ingreso, conforme protocolos establecidos y la organización propia de cada centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Proporcionar habilidades y herramientas básicas a los profesionales sanitarios de los equipos de Atención Primaria para facilitar la realización de infiltraciones y cirugía menor .
Disminuir pacientes en espera de consultas patología osteomuscular
Mejorar la satisfacción de los usuarios mediante técnicas de cirugía menor

MÉTODO
-Reunión equipo: Explicar consultas monográfica de Cirugía Menor e Infiltraciones, a quién, qué y como derivar. Citación de los pacientes. Formación del equipo responsable de la consulta. Formación al resto del equipo mediante sesiones
Derivación de los pacientes que requieran dichas consultas:
-Cirugía menor: anestesia tópica/ocal/regional, punción drenaje de abscesos, extracción de cuerpos extraños, escisión tangencial (afeitado/curetaje), escisión cilíndrica o punch, escisión fusiforme de lesiones superficiales y subcutáneas benignas, cirugía menor de la uña, crioterapia, electrocirugía
-Infiltraciones: Hombro doloroso, epicondilitis, trocanteritis, bursitis prerotuliana y gonartrosis (artrocentesis), talagias (espolón, fascitis plantar), rizartrosis...

INDICADORES
Nº sesiones impartidas al equipo sobre infiltraciones y cirugía menor
Nº pacientes referidos a las consultas monográficas: infiltraciones y cirugía menor

DURACIÓN
Enero-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 - 2019/1488

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA: HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA. BIENESTAR EMOCIONAL, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y FOMENTO ACTIVIDAD FISICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CAMELIA VALENTINA MARES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAL JIMENEZ NURIA
CAUDEVILLA SALAFRANCA ANA MARIA
OTIN BENEDI DAVID
GOÑI ELORRI MARIA YOLANDA
ROMEO LAMBAN MERCEDES
GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL
ESPESO EZQUERRA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
De enero a abril se han realizado varias reuniones para explicar la consulta de bienestar emocional y de deshabituación tabáquica y la recomendación de activo "actividad física", a quién, qué y cómo derivar. Inicio de la derivación en enero para bienestar emocional y en febrero para tabaco .Cada médico o enfermera informa y deriva a sus pacientes en un P10 y,desde admisión, se citan en las agendas creadas con el nombre de tabaco y bienestar emocional . La consulta de bienestar ha funcionado de enero a junio con una regularidad de media agenda semanal, pacientes cada 30min . Para la consulta de tabaco se ha plnateado lo mismo pero no ha podido ser regular dado que la persona responsable es MAC y se ha necesitado para cubrir otras consultas. A los pacientes de tabaco se les ha seguido por teléfono durante el verano y en octubre se ha retomado la consulta . En la consulta de bienestar emocional se explicaron técnicas de respiración, relajación, resolución de problemas,entrenamiento asertivo e higiene del sueño. A la consulta de tabaco se derivan pacientes con motivación media -alta para información, valoración tratamiento farmacológico y seguimiento a las 2 semanas, al mes, a los 3 meses y al año.
Respecto a la implementación de los paseos saludables en las poblaciones del entorno de Ejea, en un primer momento seleccionamos los dos núcleos con más población como forma de iniciar el proyecto. Para ello nos pusimos en contacto con los ayuntamientos y asociaciones vecinales de los pueblos de Bárdenas y Pinsoro. Así mismo realizamos una captación activa desde las Consultas de AP confeccionando unos listados de posibles interesados.En la primavera de 2020 tenemos pensado comenzar con dicha actividad ya que estamos terminando de diseñar los itinerarios así como modificando nuestras agendas con el fin de adecuar esta actividad con el resto del trabajo habitual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha impartido una sesión relacionada con la consulta de tabaco y 4 sesiones sobre las herramientas que se iban a enseñar en bienestar emocional. Se han formado 4 enfermeras en bienestar emocional.Se han contratado a 2 MAC de mañanas. Por la consulta de bienestar emocional han pasado unos 60 pacientes,evitando de esta manera la prescipción de farmacos en varios casos. A la consulta de tabaco se han derivado 36 pacientes .De estos, uno no acudió a la primera visita, 12 siguen en abstinencia y los demás fueron recaidas o se encontraban en fase contemplativa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por cambios en el EAP se ha visto suspendida la consulta de bienestar emocional pero se ha visto que funciona y estamos pendiente de cambios en la organización interna para poder retomarla. La consulta de tabaco ha funcionado mucho mejor en la segunda parte del año, cada vez hay más pacientes. Se ha planteado la opción de terapia de grupo para llegar a un mayor numero de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1488 ========== ***

Nº de registro: 1488

Título
CONSULTA MONOGRAFICA: HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA. BIENESTAR EMOCIONAL, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y FOMENTO ACTIVIDAD FISICA

Autores:
MARES CAMELIA VALENTINA, VAL JIMENEZ NURIA, CAUDEVILLA SALAFRANCA ANA MARIA, OTIN BENEDI DAVID, GOÑI ELORRI MARIA YOLANDA, ROMEO LAMBAN MERCEDES, GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL, ESPERO EZQUERRA MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1488

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA: HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA. BIENESTAR EMOCIONAL, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y FOMENTO ACTIVIDAD FISICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

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
Sabemos que la prevalencia de los pacientes que acuden al CS con percepción de malestar emocional está en 9-19,5%(1). Desde los CsS se detecta una excesiva medicalización del malestar emocional y de los trastornos adaptativos reactivos a los “problemas de la vida diaria” lo que contribuye a un aumento en la prescripción de fármacos, de bajas laborales y derivaciones de “problemas mentales menores” a AE en busca de apoyo y ttº(2).
El consumo de tabaco causa mas de 6 millones de muertes prematuras/año en el mundo, 700.000 en Europa y 60.000 en España. A pesar de ser una gran amenaza para la salud, existe un gran desinterés por parte de las autoridades sanitarias para intervenir de modo coherente frente a este problema teniendo en cuenta que tenemos medidas eficaces para su ttº. Las intervenciones sobre el tabaquismo, si se llevan a cabo en el momento oportuno y de forma efectiva, reducen significativamente el riesgo de los fumadores de padecer enfermedades atribuibles a esta causa.
La práctica regular de ejercicio físico tiene efectos beneficiosos sobre la salud psicológica. Los pacientes que realizan ejercicio regularmente tienden a percibir menor nivel de estrés y una mejoría del estado de ánimo así como una percepción de un mayor grado de salud.

(1)Guía de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de los Trastornos de Ansiedad en AP.GPC en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social.Madrid,2008. (2) Castelló Atención a las personas con malestar emocional. Relacionado con condicionantes sociales en AP. FoCAP. Noviembre, 2016

RESULTADOS ESPERADOS
Entrenar habilidades de comunicación motivacional y de gestión emocional para la promoción y prevención de la Salud en la consulta de AP.
Implementar el uso de herramientas básicas de manejo del malestar emocional, aumentando la capacidad de autocuidado y gestión emocional de los pacientes con síntomas de ansiedad, depresión e insomnio en AP.
Fomentar la actividad física entre la población general, como un elemento de autocuidado y de mejora de la salud psicológica.
Ver la dependencia del tabaco como una enfermedad crónica. Animar a los profesionales de salud a que hagan intervenciones en los fumadores : preguntar por el consumo,crear episodio en OMI(test de Richmond para valorar la motivación y Fagerstrom para valorar la dependencia),consejo breve para dejar de fumar, terapia conductual y medicación apropiada.

MÉTODO
1. Reunión de equipo: Explicar la consulta de Bienestar Emocional y de deshabituación tabáquica y la recomendación de activo "actividad física", a quién, qué y cómo derivar. Hoja de interconsulta y de recomendación de activos. Inicio de la derivación. Citación desde una agenda específica desde admisión. Formación de los miembros del equipo que responsable de la consulta: En Bienestar emocional: formación de 4 sesiones al equipo sobre las herramientas que se van a enseñar en la consulta que son: técnicas de respiración y relajación, entrenamiento asertivo, técnicas para mejorar el insomnio, técnica de resolución de problemas.
Respecto a las actividades físicas en el centro de salud: Se implementará en una primera fase la realización de actividad física en la población mediante la creación de un proyecto piloto de “Paseos saludables” donde además de la actividad en sí, se aprovechará una parte de la misma para realizar educación sanitaria sobre hábitos de vida saludables y conceptos de bienestar emocional.

2. Derivación de pacientes con abuso del tabaco y motivación media -alta (7-10 puntos en Fagerstrom) para información,valoración de tratamiento farmacológico y planificación de seguimiento y derivación de pacientes con sintomatología ansiosa, insomnio o síntomas depresivos reactivos a “los problemas de la vida” para el aprendizaje de técnicas de respiración, relajación, hábitos higiénicos-conductuales para la mejora del insomnio y técnicas de restricción y registro del sueño, técnicas de resolución de problemas y seguimiento del programa online del Salud Mastermind “supera tu depresión” que se trata de una herramienta on-line de TCC (Terapia Cognitivo Conductual) que consta de 8 módulos, cada módulo incluye material audiovisual, textos, actividades y cuestionarios que el paciente debe realizar en un plazo aproximado de 2 meses.
Respuesta al responsable del paciente, medicina o enfermería de cada visita con una respuesta y consejo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1488

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA: HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA. BIENESTAR EMOCIONAL, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y FOMENTO ACTIVIDAD FISICA

seguimiento en la hoja de interconsulta.

INDICADORES
-Nº sesiones impartidas al equipo sobre bienestar emocional, deshabituación tabáquica y sobre la actividad grupal paseos saludables. -Número de pacientes referidos a las consultas monográficas (bienestar emocional y deshabituación tabáquica) y el número de pacientes que realizan la actividad grupal paseos saludables de forma habitual (Acuden por lo menos a 2 sesiones mensuales).

DURACIÓN
Enero-Abril: Sesiones formativas. Enero-noviembre: derivación de pacientes e inicio de actividad paseos saludables.
Diciembre: evaluación de indicadores anteriormente citados

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 - 2019/0305

1. TÍTULO

GESTION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NURIA GALAN BURILLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ IGUAZ SUSANA
FRANCO GARCIA SARAY
FAJARDO SOUTULLO SONIA
HERRERO MARTIN ELENA PILAR
MARTIN GASPAR CARMEN
SANCHEZ NUÑEZ JAVIER
RUBIO PICO PEPA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se comunicó a todo el personal de enfermería del centro el nuevo método de derivación de avisos domiciliarios con todos los datos que deberían constar.
Se elaboró un registro de avisos donde se ha ido anotando por fecha si estaban completos o si por el contrario faltaba algún tipo de información.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Según el registro realizado, el 70% de los avisos domicialiarios para atención continuada se han realizado correctamente. Al 30% restante, solo faltaba algún dato mínimo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El apoyo y la implicación del equipo en este proyecto ha sido muy importante.Partíamos de tener un bajo porcentaje de avisos completos al comienzo del proyecto y lo hemos finalizado con un 70% .Por todo esto, consideramos que ha habido una mejora muy importante en la comunicación entre la enfermera de EAP y la enfermera de atención continuada y por lo tanto, una mejora en la prestación de cuidados de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/305 ========== ***

Nº de registro: 0305

Título
GESTION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

Autores:
GALAN BURILLO NURIA, FAJARDO SOUTULLO SONIA, HERRERO MARTIN ELENA PILAR, MARTIN GASPAR CARMEN, SANCHEZ NUÑEZ JAVIER, RUBIO PICO JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que necesitan asistencia domiciliaria de la Enfermera de Atención Continuada
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En ocasiones nos ocurre que se derivan avisos a domicilio para Enfermeria de Atención Continuada en los cuales falta información ya que no sabemos si hay que llevar material o éste se encuentra en el domicilio.También ocurre que cuando una cura se prolonga en el tiempo solamente consta en OMI "Consulta Sucesiva: cura de úlcera" de forma que no sabemos si se ha cambiado el tratamiento o sigue con el inicial.

RESULTADOS ESPERADOS
Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes que necesitan asistencia domiciliaria de la enfermera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0305

1. TÍTULO

GESTION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

de atención continuada.
Mejora de la comunicación entre la enfermera del EAP y la enfermera de Atención Continuada.
Evitar la falta de material a la hora de realizar una cura a domicilio.

MÉTODO
Se realizará una reunión con las enfermeras del EAP y las enfermeras de Atención continuada para explicar el nuevo método de derivación de avisos domiciliarios donde deberá constar: tipo de cura o actividad a realizar, material con el que se realiza la cura actualmente, la existencia de material en el domicilio y material necesario que hay que llevar.
Se elaborará un registro de avisos donde se anotará si están todos los datos completos.

INDICADORES
Número de avisos completos/ Número de avisos total

DURACIÓN
Abril 2019 : Reunión enfermería y elaboración de registros.
Abril 2019: Puesta en marcha del proyecto
Enero 2020: 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 - 2019/0459

1. TÍTULO

APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE EPILA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SARAY FRANCO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ IGUAZ SUSANA
SANCHEZ NUÑEZ JAVIER
GALAN BURILLO NURIA
FAJARDO SOUTULLO NURIA
VILARIÑO ROMERO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A través de un correo interno se comunicó al personal del centro que se iba a llevar a cabo sistema de control diario de la sala de urgencias. Se elaboró una planilla para rellenar cada día el personal que estaba de guardia y una serie de tareas, con el fin de mejorar la gestión de la sala de urgencias. Las tareas incluían la revisión del orden de la sala y la limpieza del instrumental, que el carro de paradas estuviera precintado (en el caso de no estarlo había que revisar que no faltase material y de así serlo reponerlo), el correcto funcionamiento de DEA y el ECG, que hubiera disponibles glucómetro, termómetro, pulxioxímetro, tensiómetro, otoscopio, laringoscopio y streptotest, que el coche estuviera limpio por dentro y con gasolina, que hubiera bombonas de oxigeno, que los materiales y las vitrinas de medicación tuvieran el material necesario (para la gestión se emplean los procedimientos PO-01-02_Z3 y PO-02-02_Z3). Cada día incluía varias de estas tareas, de modo que cada semana se tenían que revisar todas y algunas en varias ocasiones. En un apartado de observaciones se indicaba si había alguna incidencia o incluso alguna otra cosa que no se hubiera contemplado en las tareas diarias pero que había surgido a lo largo de la guardia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el mes de abril hasta el mes de diciembre se ha procedido a rellenar la plantilla y se han recogido las incidencias de cada guardia.
Casi todos los profesionales del centro conocían el proyecto, por lo que ha podido llevarse a cabo a diario porque alguno de los profesionales de los tres que estaban en la guardia conocían el procedimiento.
El proyecto ha permitido un mayor control de la sala de urgencias, mantener revisado el material que puede hacer falta en una guardia, tanto en el centro como en los domicilios, y al mismo tiempo un control del personal de guardia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dado que las situaciones de urgencia requieren de una actuación rápida y eficiente, es necesario tener todo el material que podamos utilizar accesible y en buen estado. Además es necesario mantener la sala de urgencias limpia y ordenada para una mejor asistencia. Por todo esto la valoración del equipo ha sido positiva, poniendo de manifiesto el compromiso del equipo para mantener la sala de urgencias y el material en buenas condiciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/459 ========== ***

Nº de registro: 0459

Título
APLICACION DE UN SISTEMA DE CONTROL DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE EPILA

Autores:
FRANCO GARCIA SARAY, MARTINEZ IGUAZ SUSANA, SANCHEZ NUÑEZ JAVIER, GALAN BURILLO NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0459

1. TÍTULO

APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE EPILA

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

PROBLEMA
Las situaciones de urgencia exigen tener preparado todo el material que podamos necesitar para una asitencia rápida y adecuada. Muchas veces nos encontramos con falta de fármacos o de material de cura entre otros, lo que ocasiona una atención deficitaria En el peor de los casos esa falta de material puede ocurrir en un domicilio urgente, con consecuencias más graves.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, incluyendo carro de paradas y maletín para asistencia domiciliaria.
Implicar a todo el equipo en el mantenimiento de la sala de urgencias.

MÉTODO
Elaborar una plantilla para designar las tareas a realizar por cada profesional al entrar a la guardia, que serán diferentes cada día. En la plantilla habrá explicaciones sobre dichas tareas. Se dará a conocer al equipo mediante un corre interno.

INDICADORES
? Cumplimiento de la plantilla del reparto de tareas en el Centro de Salud (SI / NO)

? Incidencias detectadas en el documento de contenido y revisión de mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias.

? Porcentaje de profesionales que conocen el documento (80%)

DURACIÓN
En el mes de Marzo elaborar el formulario y darlo a conocer al equipo.
Desarrollo del proyecto de Abril a Diciembre.
En Enero realizar la 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 - 2019/1066

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE EPILA

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ LOPEZ ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRERA LINARES FERNANDO
GRACIA CERVERO ETHEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Siguiendo en la linea de uso racional del medicamento desde AP iniciada en el 2018, se establecen una serie de actividades tanto a nivel enlace IRASPROA y responsable del CS, como de éste con el equipo de AP para formar y valorar los indicadores y la aplicación en nuestro día a día. Para ello se realizan varias sesiones con el Servicio de Farmacia de AP en los meses de marzo, junio y octubre del 2019, así como la Jornada de Trabajo de Dirección con todos los coordinadores de los centros de salud de mayo. Dichas sesiones son transmitidas posteriormente a los componentes del CS.
También por parte de farmacia se diseñan unos indicadores para el control del uso de antibioticos, en nuestro caso el equipo decidió incorporar todos al acuerdo de gestión. Dichos inidcadores son :
Tasa de consumo de antibioticos de uso sistemico (J01)
Consumo relativo de antibioticos de espectro reducido respecto al total
Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico
consumo de macrolidos respecto al total
consumo de fluoroquinolonas respecto al total
consumo de Cefalosporinas de 3ª generación respecto al total
Respecto a las actividades realizadas en el CS, se han impartido 4 sesiones de PROA, el 100% del personal sanitario ha asistido al menos a dos de las sersiones realizadas. La primera, con una asistencia del 70% se ecplicó las lineas de actuación para el 2019, así como se volvió a recordar la trayectoria del PROA y como acceder y navegar por su página. La segunda reunión en mayo fue para explicar los indicadores e integrarlos en los acuerdos de gestión, con una participacion de mas del 80 % de todos los miembros del CS, en octubre y noviembre se realizaron las dos últimas reuniónes una sobre las enfermedades respiratorias con una participación del 80% de los médicos y la otra de ITUs con una participación del 60%.
En todas las reuniones se insiste en la utilización de la guia antimicrobiana del PROA para tratar las diferentes infecciones en nuestros pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Asistencia al 100% de las reuniones convocadas para los responsables del PROA .
Realización de 4 sesiones formativas en las que el 100% de los médicos han asistido al menos a la mitad, y un 50% al 100%.
Respecto a los indicadores:
Tasa de consumo de antibioticos de uso sistemico (J01), disminución del 1%
Consumo relativo de antibioticos de espectro reducido respecto al total, aumento del 3%
Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico, aumento del 4,6%
consumo de macrolidos respecto al total, descenso de un 2,2%
consumo de fluoroquinolonas respecto al total,descenso de un 0,8% (tuvimos un paciente con una prostatitis complicada al que hubo que administrarle cipro durante 3 meses)
consumo de Cefalosporinas de 3ª generación respecto al total, el único indicador que no hemos cumplido subiendo en un 0,5%, aun así estamos muy por debajo de la media del sector y de Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Concienciación del uso racional del antibiótico, mejora en el manejo, uso y no abuso de los antibioticos.
Uso habitual en nuestra practica clínica de la guía PROA antimicrobiana.
Implicación del personal sanitario en la utilización de antibioticos de espectro reducido, en el uso de los streptotest en las faringoamigdalitis con al menos 3 criterios de Centor, disminución del uso de amoxicilina clavulanico.
Pero seguimos notando una falta de concienciación e implicación,en determinados miembros del Equipo que solo realizan guardias, y que son mas propensos al uso de antibioticos incluso en infecciones viricas y al uso de amoxiclavulanico.

7. OBSERVACIONES.
Implicación de los servicios hospitalarios, clinicas privadas, servicios de urgencias, odontologos y farmacias, en los que hemos llegado a ver incluso levofloxacino para flemones dentales o dispensaciones de antibioticos sin receta medica

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1066 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1066

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE EPILA

Nº de registro: 1066

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE EPILA

Autores:
LOPEZ ALONSO BEATRIZ, BARRERA LINARES FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

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
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 20,1 (reducción de 2% respecto a 2018)
Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

OBSERVACIONES
EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES Todos los profesionales de atención primaria: médicos, enfermeras, odontólogos … que hacen uso de antibióticos del sector.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1066

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE EPILA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1401

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE EPILA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO MANUEL ADAN GIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ SANZ ROSA
RUBIO PICO JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-SE HA IMPARTIDO UNA SESION CLINICA SOBRE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CENTRO DE SALUD DE EPILA
-SE HA REALIZADO UNA REUNION DE COORDINACION CON EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DE REFERENCIA (DRA. ANA FERREIRA)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
FRUTO DE LA SESION Y DE LA REUNION DE COORDINACION CON CARDIOLOGIA SE HA CREADO UNA RED ASISTENCIAL EN INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR TRES QUE INTEGRA A TRES PROFESIONALES MAS DE ATENCION PRIMARIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE HACE IMPRESCINDIBLE UNA BUENA COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA-CARDIOLOGIA PARA EL MANEJO OPTIMO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA, SIENDO DESEABLE LA CREACION DE UNA RUTA ASISTENCIAL ESPECIFICA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1401 ========== ***

Nº de registro: 1401

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE EPILA

Autores:
ADAN GIL FRANCISCO MANUEL, GONZALEZ SANZ ROSA, RUBIO PICO JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: INSUFICIENCIA CARDIACA
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La IC -definida como un síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas típicos y alguna anomalía cardiaca estructural o funcional que produzca reducción del gasto cardiaco o elevación de las presiones intracardiacas en reposo o estrés- supone la tercera causa de muerte en España, con una prevalencia estimada superior al 5% que crece exponencialmente con la edad.
Pese a los avances en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca, la morbimortalidad, el número de reingresos y los costes sanitarios asociados a ella son todavía muy elevados, suponiendo el 3,8% del gasto sanitario anual (y el 2,6% del gasto hospitalario con 476 M€).
Las hospitalizaciones por IC constituyen un marcador significativo de pronóstico adverso, independiente de la fracción de eyección. Por ello, la prevención de la hospitalización por IC, especialmente en pacientes de alto riesgo, representa un relevante objetivo en sí mismo.
En la IC son especialmente frecuentes las comorbilidades, debido a la avanzada edad de estos pacientes y a la propia idiosincrasia de la enfermedad, ya que a menudo la IC es un estadío final de otras enfermedades como la hipertensión arterial, la fibrilación auricular o la cardiopatía isquémica entre otras. Especialmente relevante es la asociación entre diabetes e IC. Por ello el abordaje de la IC debe realizarse en el marco de la cronicidad como paciente crónico complejo en su gran mayoría.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1401

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE EPILA

En una enfermedad crónica y compleja como ésta es fundamental disponer de un modelo que garantice la continuidad asistencial y el fomento de los autocuidados que incluya la adherencia a la medicación, dieta y ejercicio, la monitorización y manejo de síntoma o el control del peso y sus variaciones centinela en las descompensaciones. En este sentido, empoderar al paciente con IC debe ser un objetivo esencial.
La existencia de una red familiar de apoyo consistente favorecerá enormemente el necesario autocuidado de estos pacientes. Cuando existan limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria se hará indispensable la figura del cuidador principal cualificado para detectar descompensaciones y asegurar el cumplimiento de los cuidados.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar el grado de diagnóstico de la IC en nuestro medio elaborando un censo actualizado de estos pacientes.
-Clasificar adecuadamente a los pacientes con IC de cara a su manejo específico.
-Adecuar el tratamiento de estos pacientes a las actuales guías de práctica clínica.
-Empoderar a cuidadores y pacientes a fin de mejorar el cuidado de estos.
-Reducir las descompensaciones y posteriores ingresos hospitalarios en estos pacientes.

MÉTODO
-Impartir una sesión clínica sobre el diagnóstico y manejo de la IC de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica actuales y otra de evaluación anual del proyecto
-Elaborar un censo actualizado de los pacientes con IC del EAP
-Llevar a cabo al menos una reunión de coordinación con el Servicio de Cardiología
-Diseñar e implementar un protocolo de seguimiento de enfermería para el paciente con IC

INDICADORES
-Prevalencia de IC en la ZBS: Nº pacientes diagnosticados de IC/Total de pacientes de la ZBS.
-Nº sesiones clínicas sobre IC realizadas por Medicina o Enfermería sobre el tema.
-Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en tratamiento con betabloqueantes recomendados.
-Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en tratamiento con IECAs o ARA II.
-Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en tratamiento con ARM.
-Porcentaje de pacientes con IC en seguimiento por Consulta de Enfermería sobre el total de diagnósticos.
-Porcentaje de pacientes con IC que han ingresado por descompensación en el año.
-Porcentaje de pacientes diabéticos con diagnóstico de IC.
-Porcentaje de pacientes diabéticos con IC en tratamiento con iSGLT2.

DURACIÓN
-Mayo ´19-Junio ´19: Sesiones clínicas a médicos y enfermeras del EAP
-Julio ´19-Septiembre ´19: Elaboración del protocolo de seguimiento en consulta de enfermería
-Mayo ´19-Mayo ´20: Implementación del proyecto en los distintos Centros de la ZBS
-Abril ´20: Recogida de datos para la elaboración de indicadores
-Mayo ´20: Evaluación del proyecto y exposición en sesión de equipo

OBSERVACIONES
Al objeto de optimizar el tratamiento de estos pacientes es necesario establecer mecanismos de interconsulta con Cardiología para facilitar el acceso a la ecocardiografía al médico de familia.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1142

1. TÍTULO

REHABILITACION COMUNITARIA, MEJORANDO LA MOVILIDAD DE NUESTROS PACIENTES

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO ASTARRIAGA CABANAS
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TEJERO SANCHEZ ARTURO
SERRANO CUBERO MIGUEL
ESTEBAN GIMENO ANA BELEN
LOPEZ ALONSO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión formativa sobre el servicio de fisioterapia de nuestra Unidad, qué y cómo derivar, realizada en CS Épila el 9 de abril 2019
Sesión formativa sobre el proyecto y las actividades a realizar, también esa misma fecha.
Elaborar un dossier con ejercicios para patologías de columna cervical, columna lumbar y miembro superior para que todos los facultativos del CS Épila, sigamos las mismas directrices y hagamos una breve explicación de dichos ejercicios
Inicialmente se propusieron tres sesiones presenciales con población de Épila para ejercicios comunitarios sobre cervicalgia, lumbalgia y dolor extremidad superior, pero finalmente dado que la patología de hombro podía resultar muy compleja, ésta última se desestimó.
En la primera quincena de noviembre se procedió a seleccionar pacientes candidatos para dichas sesiones de espalda. Dentro del núcleo urbano de Épila se seleccionaron 12 pacientes con patología cervical y 12 con patología lumbar
Se elaboró también una pequeña encuesta de satisfacción entre los pacientes que acudieron a dichas sesiones durante la segunda quincena de noviembre y por último durante el mes de enero hemos realizado las dos sesiones grupales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Participación de la población en sesiones grupales,
mejorar la comunicación entre los profesionales del centro fisioterapia-médicos-ats
mejorar la comunicación entre profesionales y población
unificar criterios a la hora de abordar ciertas patologías

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El principal inconveniente de esta actividad es que disponemos de un fisioterapeuta dos días a la semana, para una población que ya describimos como "más envejecida, que por las condiciones socioculturales, laborales... presenta todavía más patología osea que la que podemos encontrar en núcleos urbanos. A ésto hay que añadirle el aumento de la esperanza de vida, que entre otros factores afecta también al deterioro osteomuscular y articular de los pacientes y muchas veces las condiciones sociosanitarias y de vivienda que encontramos en medio rural".
Actualmente la demora es de 7 meses y las condiciones en las que trabaja el fisioterapeuta son entremas, atendiendo a tres pacientes en el mismo hueco. Lo cual no deja mucho tiempo para realizar actividades de este tipo
Otro inconveniente es el espacio del gimnasio, que permite realizar estas actividades para grupos pequeños de no más de 10 pacientes.

7. OBSERVACIONES.
El cronograma tuvimos que adaptarlo un poco debido a los cambios de personal por los traslados y por la OPE, así como por la disponibilidad del fisioterapeuta

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1142 ========== ***

Nº de registro: 1142

Título
REHABILITACION COMUNITARIA, MEJORANDO LA MOVILIDAD DE NUESTROS PACIENTES

Autores:
ASTARRIAGA CABANAS ALEJANDRO, LOPEZ ALONSO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1142

1. TÍTULO

REHABILITACION COMUNITARIA, MEJORANDO LA MOVILIDAD DE NUESTROS PACIENTES

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: agenda comunitaria

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

PROBLEMA
La población que visitamos en medio rural, es en general una población más envejecida, que por las condiciones socioculturales, laborales... presenta todavía más patología osea que la que podemos encontrar en nucleos urbanos. A ésto hay que añadirle el aumento de la esperanza de vida, que entre otros factores afecta también al deterioro osteomuscular y articular de los pacientes, por todo ello creemos necesario, reforzar los consejos y medidas que damos en la consulta con educación sanitaria y sesiones de rehabilitación comunitaria

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir que los pacientes adquieran un mayor conocimiento de su patologia osteomuscular y articular
conseguir que los pacientes aprendan ejercicios de rehabilitacion que les ayuden a mejorar esa patología crónica
conseguir que adquieran una autonomía para la realización de ejercicio físico o incluso formen grupos para realizarlo de forma comunitaria

MÉTODO
´Sesión formativa sobre el servicio de fisioterapia de nuestra Unidad, qué y cómo derivar
Sesión formativa sobre el proyecto y las actividades a realizar
Elaborar un dossier con ejercicios según las diferentes patologías para que todos los facultativos del CS Épila, sigamos las mismas directrices
Una sesión de ejercicios comunitaria para dolencias de espalda en el CS con los pacientes seleccionados
Una sesión de ejercicios comunitaria para dolencias de miembros superiores en el CS con los pacientes seleccionados
Una sesión de ejercicios comunitaria para dolencias de miembros inferiores en el CS con los pacientes seleccionados

INDICADORES
Realización de todas las actividades propuestas
Encuesta de satisfacción por parte de los usuarios tras finalizar las sesiones comunitarias

DURACIÓN
Inicio abril a enero
Abril-junio sesiones de equipo y elaboración de los dossiers de ejercicios
Sesiones comunitarias: una por trimestre

OBSERVACIONES
Población diana de ambos sexos con patologia osteoarticular

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1122

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE GALLUR

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELENA LOPEZ-FRANCO JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ ECHEVARRIA MERCEDES
HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL
BLASCO VALENTI PILAR
SARASA OLANO MARINA
SAENZ SANTOLAYA OSCAR
PEREZ OTO ELENA
CANTIN RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Asistencia del responsable de antibióticos del CS de Gallur a las jornadas organizadas por el grupo de trabajo IRASPROA para el Sector III de Zaragoza durante el año 2019.

(14/03/19): Actividades propuestas por IRASPROA para 2019. Tratamiento de infecciones respiratorias en AP. Indicadores de antibióticos a monitorizar en 2019. Informes de utilización de antibióticos por profesional.
(28/05/19): Mejora del uso de antibióticos en pediatría. Sesión para pediatras
(13/06/19): Tratamiento de la infección de orina en AP. Mapa de resistencia a los antimicrobianos de las muestras de AP correspondientes al año 2018 elaboradas por el Servicio de Microbiología del HCU. Informes de utilización de antibióticos por CIAS.
(19/09/19): Infección de orina en pediatría. Reunión para pediatras del sector .
(1/10/19): Informes de utilización de antibióticos por CIAS. Seguimiento de indicadores de antibióticos.
La sesión programada de tratamiento en infección de piel y partes blandas se pospuso y se ha realizado en Enero de 2020.

Sesiones impartidas en el CS de Gallur por el responsable de antibióticos a su EAP:
(9/05/19): Indicadores de antibióticos para Médicos de Familia y Pediatras .Accesibilidad a través del cuadro de mandos de farmacia a indicadores específicos de utilización de antibióticos. Acceso desde OMI.
(18/09/19): Tratamiento de las infecciones respiratorias en AP.
(21/11/19): Tratamiento de la Infección urinaria en adultos.
(25/11/19): Tratamiento de la infección urinaria en pediatría.

Monitorización de 2 indicadores de utilización de antibióticos:
- DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: reducción del 2% respecto a 2018.
- Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: reducción del 2% respecto a 2018.

Porcentaje de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos

Porcentaje de profesionales que han acudido a las sesiones clínicas de formación sobre antibióticos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- DHD antibióticos totales de enero a diciembre de 2019: 21,6%.
Se ha pasado de 24,7% en 2018 a 21,6% en 2019, superando el objetivo de reducción del 2%.

- Porcentaje de envases de macrólidos de enero a diciembre de 2019: 18,1%
Se ha pasado del 23,8% de 2018 a 18,1% en 2019, superando el objetivo de reducción del 2%.

Se ha enviado a cada profesional y de forma trimestral informe sobre la utilización de antibióticos, conteniendo indicadores recomendados por el PRAN (Plan Nacional frente a la Resistencia a Antibióticos).
Para los Médicos de Familia los indicadores de cada CIAS se comparan con los datos de los CIAS de Médicos de Familia(MF) del EAP y con los datos de MF del Sector III de Zaragoza y de Aragón.
Para los Pediatras cada CIAS se compara con la media de los pediatras de todo el Sector III de Zaragoza y la media de todos los pediatras de Aragón.

El 100% de profesionales han recibido información sobre indicadores de utilización de antibióticos.

Porcentaje de profesionales que han acudido a las sesiones en el CS de Gallur impartidas en las siguientes fechas:
(9/05/19): indicadores de utilización de antibióticos para MF y pediatras: 86%
(18/09/19): tratamiento infecciones respiratorias: 86%.
(21/11/2019): tratamiento de infección urinaria en adultos : 71%.
(25/11/2019): tratamiento de la infección urinaria en pediatría: 71%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1122

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE GALLUR

El establecimiento de una serie de indicadores homogéneos destinados a medir el consumo de antibióticos contribuye a la monitorización de éste dato y mejora por tanto la vigilancia del uso de antibióticos.

El Equipo de Atención Primaria de Gallur se ha implicado y sensibilizado con el problema del uso inadecuado de antibióticos acudiendo a las sesiones formativas impartidas por el responsable de antibióticos del centro y poniendo en práctica las recomendaciones de la Guia de Tratamiento Antimicrobiano que se está desarrollando en Aragón, como se objetiva en la superación de los objetivos establecidos para el año 2019 (reducción superior al 2% de la DHD de antibióticos totales y en el porcentaje de envases de macrólidos prescritos).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1122 ========== ***

Nº de registro: 1122

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE GALLUR

Autores:
LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA, LOPEZ ECHEVARRIA MERCEDES, HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL ENRIQUE, BLASCO VALENTI PILAR, SARASA OLANO MARINA, SAENZ SANTOLAYA OSCAR, PEREZ OTO ELENA, CANTIN RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

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, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
1. % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
2. Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 28,7 (reducción de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: 23,0% (reducción de 2% respecto a 2018)
3. Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1122

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE GALLUR

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2018/1358

1. TÍTULO

PREPARACION Y MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS, CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARINA BOIRA CUEVAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POLO PASCUAL MANUELA
GORDO BLANCO ISABEL
MARTIN GOMEZ SUSANA
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA
BELLOSO ABAD ANA MARIA
ALCAINE ALEGRE BEATRIZ
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. Hemos puesto en marcha la organización y las revisiones del carro de paradas, organización y revisiones de sala de urgencias,
organización y revisiones de maletines de urgencias: respiratorio y circulatorio.
Hemos hecho un calendario de revisiones mensuales de lo anteriormente expuesto, y se han distribuido las tareas mensuales a realizar, de forma rotatoria.
Se han confeccionado listados de material, medicación, caducidades e incidencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. Las tareas han sido desarrolladas con éxito. Se han cumplido mensualmente en un porcentaje del 100%, desde junio de 2019 hasta la actualidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. Hemos implementado un método efectivo de calidad en el que participamos el 100% de los profesionales del Centro de Salud. Nos ha requerido mucho trabajo a todos los integrantes del Centro de Salud, pero la satisfacción es generalizada.

7. OBSERVACIONES.

========== Proyecto correspondiente ==========

Nº de registro: 1358

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD HERRERA DE LOS NAVARROS

Autores:
BOIRA CUEVAS MARINA, POLO PASCUAL MANUELA, GORDO BLANCO ISABEL, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA, MARTIN GOMEZ SUSANA, ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, BELLOSO ABAD ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

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

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

PROBLEMA
Las situaciones de urgencias vitales requieren rapidez de acción, entrenamiento previo y conocimiento de la localización del material y medicación de urgencias.
La variabilidad en los criterios de atención urgente y las excesivas diferencias profesionales, formación e implicación, junto a la indecuada organización y mantenimiento de la sala de urgencias y maletines, y la dificultad en el seguimiento de los procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión de los recursos técnicos, hacen necesario este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Evitar las demoras en la Atención Urgente, mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales, en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional/profesionales responsables de la atención urgente (emergencia), tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1358

1. TÍTULO

PREPARACION Y MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS, CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE URGENCIAS

2-Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
3-Organización del Carro de Paradas y Emergencias.
4-Actualización de los Cajetines de Medicación y Maletines de Urgencias, y organización del control de los mismos.

5-Reorganización de la Sala de Urgencias y organización del control de las caducidades y esterilización del material.

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en Atención Urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en Atención Urgente en el Centro de Salud entre RCP y otros cuadros de Patología Urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de Atención Primaria como por el propio Centro.
Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos), sobre la Atención de la Patología Urgente.

INDICADORES
1.Creación y difusión de un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro (fuente de información (FI) existencia del documento).
-Indicador: Existencia de dicho documento Sí/No
Objetivo: Existencia de dicho documento Sí/No
-Indicador: porcentaje de profesionales conocedores del mismo.
Objetivo: superior al 80%
FI: Informe del Centro y/o visita al Equipo de Atención Primaria.
2. Porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente y en RCP.
Objetivo: 80%
FI: Informe del Centro: actas firmadas o certificados de cursos realizados.
3. Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines.
Objetivo: 80%
FI: Informe del Centro y/o visita al Equipo de Atención Primaria.

DURACIÓN
De junio 2018 a diciembre 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarroyo 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 - 2019/0201

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARINA BOIRA CUEVAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POLO PASCUAL MANUELA
GORDO BLANCO ISABEL
MARTIN GOMEZ SUSANA
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR
DUEÑAS AGULLO FRANCISCO
ALCAINE ALEGRE BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha recordado los principios generales PROA. Hemos realizado tres sesiones clínicas: Infecciones Respiratorias.
Infecciones Urinarias.
Infecciones de piel y partes blandas.
Hemos participado en las campañas sanitarias que ha promovido el grupo IRASPROA en Aragón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
* Porcentaje de utilización de antibióticos de espectro reducido: del 28% en 2018 hemos pasado al 36% en 2019.
* Porcentaje de utilización de amoxicilina respecto a amoxicilina-clavulánico: del 53% en 2018 hemos pasado al 63% en 2019.
* Porcentaje de utilización de fluorquinolonas. Del 13,9% hemos pasado al 10,9% en 2019.
Fuente y método de obtención: Farmacia de Atención Primaria Sector III
* Porcentaje de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos: 90%.
* Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos: 80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La respuesta del Equipo de Atención Primaria ha sido satisfactoria. Hemos mejorado nuestros indicadores de uso de Antibiótico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/201 ========== ***

Nº de registro: 0201

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BOIRA CUEVAS MARINA, POLO PASCUAL MANUELA, GORDO BLANCO ISABEL, MARTIN GOMEZ SUSANA, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA, ELIAS VILLANUEVA PILAR, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

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

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

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública. Los antibióticos son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapeúticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0201

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

El abordaje de la resistencia a los antibióticos es un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de los mismos.
A nivel de la Agencia Española del Medicamento, se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), y a nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón, el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibiótico en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA), para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de los antimicrobianos para evitar las resistencias a los antibióticos.
Recordar la adherencia a los Principios Generales Proa.
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Recordar los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas sobre uso adecuado de los antibióticos y perfiles de resistencias antibacterianas.
Participación en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable en el uso de antibióticos.
Difundir los principios generales PROA en Atención Primaria.

Indicador: difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector, a los Equipos de AP (septiembre 2019).
Objetivo: formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.

Indicador: número de sesiones realizadas sobre PROA.
Objetivo: porcentaje de profesionales asistentes. Al menos tres sesiones al año.

DURACIÓN
A lo largo del año en curso (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 - 2019/0278

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESFIBRILADOR

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ALCAINE ALEGRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLOSO ABAD ANA MARIA
ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO
DUÑAS AGULLO FRANCISCO
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado dos talleres, uno teórico y otro práctico, en tres localidades distintas abordando cuéles son los primeros auxilios y el uso del desfibrilador.
En cuanto al calendario previsto, sí se ha cumplido los días de sesiones.
Como recursos hemos utilizado una presentación power point, un desfibrilador, unas vendas, material de cura.
Se comunicaron las sesiones hablando con los distintos ayuntamientos y en el consejo de salud de zona.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los usuarios conocen cuáles son las situaciones ante las que pueden proporcionar una primera asistencia dentro de sus posibilidades y cual es la cadena de supervivencia ante este tipo de situaciones. También conocen el uso del DEA.
INDICADORES:
* nº participantes/población susceptible de participar.
*nº participantes en una solo sesión/nº participantes en las dos sesiones.
*resultado en el primer test/ resultado en el segundo test.
Tanto al principio como al final de las sesiones los participantes completaron un test para valorar cuáles eran los conocimientos previos y cuáles eran después de las sesiones.
También completaron una encuesta de satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración en general es satisfactoria. Este año se podrían ampliar algunas de las situaciones de primeros auxilios y realizar las sesiones en otras localidades debido a la demanda que han expresado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/278 ========== ***

Nº de registro: 0278

Título
PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESFIBRILADOR

Autores:
ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, BELLOSO ABAD ANA MARIA, ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO, VILLANUEVA ELIAS, BOIRA CUEVAS MARINA, POLO PASCUAL MANUELA, GORDO BLANCO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PARADA CARDIORESPIRATORIA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Que los pacientes sean capaces de afrontar una situación que requiera primeros auxilios.

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

PROBLEMA
La atención temprana ante una parada cardiaca es primordial para la supervivencia del paciente. Por este motivo, la administración pública (en este caso la comarca de Jiloca) ha decidido apostar por la dotación de DEA a los municipios de su comarca para su uso por personal no sanitario instalando los dispositivos en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0278

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESFIBRILADOR

lugares públicos.
Por nuestra parte queremos aportar nuestro conocimineto en primeros auxilios y manejo del DEA para que la población se sienta más respaldada en caso de que tengan que prestar unos primeros auxilios.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es conseguir que la población sea capaz de prestar primeros auxilios y puedan manejar el DEA.

MÉTODO
Sesión teórica sobre cuáles son esas primeras actuaciones a llevar a cabo.
Sesión práctica: hacer un simulacro sobre todas esas acciones vistas anteriormente.

INDICADORES
Encuesta de evaluación a los asistentes sobre la adecuación de los contenidos de cada sesión.

DURACIÓN
En verano 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 - 2019/0370

1. TÍTULO

"TU PUEDES SALVAR VIDAS". FORMACION EN RCP BASICA Y MANEJO DE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO DE LOS ALUMNOS DEL CEIP SAN JORGE (HERRERA DE LOS NAVARROS)

Fecha de entrada: 24/12/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA MARTIN GOMEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORDO BLANCO ISABEL
DUEÑAS AGULLO FRANCISCO
BOIRA CUEVAS MARINA
POLO PASCUAL MANUELA
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA
BELLOSO ABAD ANA MARIA
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el mes de Abril de 2019 se creó el grupo de trabajo del que formaron parte 8 miembros del EAP del CS Herrera de los Navarros. A lo largo de sucesivas reuniones de trabajo se fueron generando diferentes materiales didácticos (vídeos, presentación PPT, encuestas de evaluación, etc). Ese mismo mes se iniciaron los primeros contactos con la Dirección del CEIP San Jorge, explicándose la iniciativa, objetivos de la misma y el posible calendario de implementación de la intervención educativa. Siendo ya en el mes de Octubre cuando se cerró la fecha y horario de los talleres.

En el mes de Diciembre de 2019 se impartieron en las instalaciones del Colegio 2 talleres de 120 minutos de duración cada uno dirigidos a 24 alumnos de infantil y de primaria y a 4 docentes, respectivamente.
El taller dirigido a los docentes constó de:
1º. Prueba de evaluación de conocimientos inicial para los docentes.
2º. Cuerpo de la intervención, basado en la proyección de varios vídeos, la explicación con apoyo audiovisual de contenidos extraídos de las Guías de la European Resucitation Council y demostración con entrenamiento ante situaciones de parada cardiorrespiratoria (PCR) 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.
El taller dirigido a los alumnos solo constó de la exposición educativa y de una parte práctica de entrenamiento de la respuesta ante una situación simulada de PCR (todo ello con la lógica y correspondiente adaptación de nivel).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los 4 docentes del CEIP San Jorge que asistieron al taller evidenciaron una mejora significativa de los conocimientos en el test final respecto al inicial ($p<0,05$). Del mismo modo, todos ellos (100%) mostraron un buen desempeño en la situación simulada de PCR.

Respecto a los alumnos, un total de 21 de los 24 alumnos de infantil y primaria (87,5%) demostró un apropiada respuesta adecuada a una situación de PCR simulada en lo relativo a la secuencia de aproximación al escenario, la iniciativa de petición de ayuda y teléfono 112, el inicio de las maniobras de soporte vital básico o la colocación en posición lateral de seguridad.

La satisfacción de los docentes fue evaluada a través de una escala tipo Likert de 3 items confeccionada "ad hoc" (mínima satisfacción 1, máxima 5), obteniéndose un valor medio de satisfacción con la experiencia de 4,5 puntos. La satisfacción de los alumnos de infantil y primaria se realizó mediante un único item con 5 emoticonos como posible respuesta. Para la cuantificación de esta respuesta se identificó la cara más triste con un valor de 1 y la más alegre con un valor de 5. A partir de este criterio se calculó una satisfacción media de 4,08 puntos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La metodología educativa propuesta tanto a docentes como a alumnos de un Centro de Educación Infantil y Primaria ha sido bien aceptada y útil para la adquisición de los conocimientos y destrezas relacionados con una situación de emergencia. Con objeto de afianzar lo conseguido consideramos pertinente repetir la experiencia en cursos sucesivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/370 ========== ***

Nº de registro: 0370

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0370

1. TÍTULO

"TU PUEDES SALVAR VIDAS". FORMACION EN RCP BASICA Y MANEJO DE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO DE LOS ALUMNOS DEL CEIP SAN JORGE (HERRERA DE LOS NAVARROS)

Título
"TU PUEDES SALVAR VIDAS". FORMACION EN RCP BASICA Y MANEJO DE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO DE LOS ALUMNOS DEL CEIP SAN JORGE (HERRERA DE LOS NAVARROS)

Autores:
MARTIN GOMEZ SUSANA, GORDO BLANCO ISABEL, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO, BOIRA CUEVAS MARINA, POLO PASCUAL MANUELA, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA, BELLOSO ABAD ANA MARIA, ELIAS VILLANUEVA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

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

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

PROBLEMA
El pronóstico de las personas que sufren una parada cardíaca extra-hospitalaria mejora exponencialmente con la atención y puesta en marcha precoz de la cadena de supervivencia. Asociaciones de reconocido prestigio como la European Resucitation Council (ERC) o la American Heart Association, recomiendan que la formación en resucitación cardiopulmonar (RCP) y manejo de la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) se imparta en los centros educativos a niños y adolescentes. En base a esta realidad, este proyecto se dirige a todos los alumnos de primaria y trabajadores del CEIP San Jorge de Herrera de los Navarros. Este centro cuenta en esta etapa educativa con 17 alumnos educados por hasta 6 docentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar a los alumnos de primaria y trabajadores del CEIP San Jorge en:
-El reconocimiento de una situación de parada cardíaca u OVACE.
-La activación de la cadena de supervivencia.
-La realización de una correcta RCP y/o maniobras de desobstrucción de la vía aérea.
-La adecuada colocación en posición lateral de seguridad (PLS).

MÉTODO
-Contacto con la dirección del centro educativo, razonamiento de la iniciativa y concreción de objetivos y calendario de trabajo comunes.
-Formación de un grupo de trabajo en el EAP de Herrera de los Navarros, 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 una OVACE, y cómo actuar ante ellas según los criterios y recomendaciones recogidos en las guías actualizadas de la ERC. Se asegurará una ratio educador/educando máxima de 1/4.

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 de los trabajadores del CEIP San Jorge 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 participantes 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. A través de una rúbrica se valorará la secuencia de aproximación al escenario, la iniciativa de petición de ayuda y teléfono 112, la calidad de la RCP y maniobras de desobstrucción de la vía aérea 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. En el caso de los niños este cuestionario se adaptará mediante el uso de pictogramas (emoticonos). Estándar: Puntuación media >4.

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0370

1. TÍTULO

"TU PUEDES SALVAR VIDAS". FORMACION EN RCP BASICA Y MANEJO DE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO DE LOS ALUMNOS DEL CEIP SAN JORGE (HERRERA DE LOS NAVARROS)

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 - 2019/1257

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Fecha de entrada: 07/02/2020

2. RESPONSABLE ..... ISABEL GORDO BLANCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POLO PASCUAL MANUELA
BOIRA CUEVAS MARINA
MARTIN GOMEZ SUSANA
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado dos sesiones clínicas en el Equipo de Atención Primaria:
1. Presentación del Proyecto de Mejora del Proceso de IC por parte del Dr. Francisco Dueñas en abril-2019.
2. Sesión clínica presentada por la responsable del Proyecto, Dra. Isabel Gordo, sobre actualización en Insuficiencia Cardíaca, en noviembre-2019.
Se han colocado carteles, en el centro de salud y en cada consultorio, con información relativa al autocuidado y prevención en IC.
En diciembre-2019 se dio una charla sobre FRCV en la Casa de Cultura de Herrera de los Navarros, previo aviso a todos los pueblos de la ZBS de dicha población, con participación activa por parte de los asistentes y valoración positiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La evaluación de las sesiones clínicas por parte de los compañeros del CS fue positiva.
Según el listado de pacientes con IC remitido por la Dirección del sector y tras revisar en OMI el número de pacientes en los que consta el registro del plan de cuidados y el número de vacunados, los resultados son los siguientes: en el 63,63% de pacientes con diagnóstico de IC consta plan de cuidados; se ha administrado vacuna antigripal en el 59% y vacuna antineumocócica en ninguno de ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Proyecto de Mejora ha fomentado la actualización en el diagnóstico y manejo de los pacientes con IC por parte de los profesionales médicos y de enfermería, mejorando así nuestra práctica clínica.
Es necesario incidir en la recomendación de la vacunación antigripal y antineumocócica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1257 ========== ***

Nº de registro: 1257

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Autores:
GORDO BLANCO MARIA ISABEL, POLO PASCUAL MANUELA, BOIRA CUEVAS MARINA, MARTIN GOMEZ SUSANA, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA, ELIAS VILLANUEVA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

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
La Insuficiencia Cardíaca constituye la fase terminal de numerosas enfermedades cardiovasculares, principalmente cardiopatía isquémica e HTA, y presenta una elevada mortalidad (50% a los 5 años).Actualmente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1257

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS

se considera la primera causa de ingreso hospitalario en personas mayores de 65 años.
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en la formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.
El tratamiento farmacológico y las medidas higiénico-dietéticas y de autocuidado son actividades fundamentales que contribuyen a mejorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes, evitando las agudizaciones y hospitalizaciones de dichos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar los conocimientos en IC de los profesionales.
Mejorar las actividades preventivas en la IC.
Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica en toda la población de IC.
Informar y asesorar a los pacientes con IC y a sus cuidado.

MÉTODO
Formación: Sesiones clínicas en EAP para analizar las GPC en Insuficiencia Cardíaca.
Implementación de autocuidados en los pacientes con IC.
Recomendación de la vacunación antigripal y antineumocócica por parte de profesionales de medicina y enfermería.
Proporcionar documentación con información para autocuidado del paciente e información a cuidadores.
Realización de un Taller de información sobre la dieta hiposódica.

INDICADORES
Actas de las sesiones sobre Insuficiencia Cardíaca en el EAP y cuestionario de satisfacción.
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registro del plan de cuidados:exploración básica (control peso, perímetro cintura, tensión arterial).Fuentes de datos. OMI AP
Número de pacientes con IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo:aumento del 5% vacunación antigripal y antineumocócica respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en el periodo Abril-Diciembre 2019.
Sesiones clínicas sobre Insuficiencia Cardíaca: Abril-Noviembre 2019
Implementación de autocuidados en pacientes con IC: Abril-Diciembre 2019
Vacunación antigripal y antineumocócica: campaña de vacunación 2019
Documentación autocuidado del pacente e información a cuidadores: Mayo-Diciembre 2019
Taller de información dieta hiposódica: 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 - 2018/0899

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FELIX PELEGRIN INGLES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLESA RAMIREZ MARIA
BRAVO ANDRES RAQUEL
COMPES LORENTE ALBERTO
ESCRIBANO PARDO DANIEL
BADESA MONREAL MARIA JOSE
GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2019, el 23 de mayo tuvo lugar una reunión del EAP para comunicar la evolución del desarrollo del proyecto con sesión clínica de actualización de la Insuficiencia Cardíaca con especial referencia a las guías de abordaje y seguimiento de la misma recomendadas en el sector.
En el mes de junio se realizaron reuniones del grupo de trabajo para revisar datos en relación a los listados de pacientes de insuficiencia cardíaca y se planteó la creación de documentos de información y autocuidados para pacientes y cuidadores.
En octubre se elaboró un documento de valoración del paciente en relación a la Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca. Permite valorar inicialmente al paciente con insuficiencia cardíaca en relación a Anamnesis, incluyendo datos antropométricos y cardiovasculares, datos personales y la presencia de síntomas de descompensación y datos del estilo de vida, además de Evaluación de conocimientos, actitudes y habilidades del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La recepción por parte del equipo de información actualizada en cuanto a la Insuficiencia Cardíaca con especial atención a las tareas de prevención y detección de descompensaciones en el contexto de la insuficiencia cardíaca, así como potenciar los autocuidados en los pacientes, la adherencia a las vacunaciones de interés y adecuar el tratamiento farmacológico a las Guías de Práctica Clínica vigentes.
Elaboración de documento de autocuidados del paciente con Insuficiencia Cardíaca.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A causa de la movilidad durante este tiempo de los profesionales del equipo ha dificultado el trabajo en relación a los listados actualizados de los pacientes con insuficiencia cardíaca de cara al manejo con los principales indicadores de interés en insuficiencia cardíaca según las guías clínicas, como son los porcentajes de pacientes vistos por su MAP en el mes siguiente a un ingreso por IC, porcentaje de los tratados con IECA, ARA II o Sacubitrilo-Valsartan, porcentaje de polimedicados revisados, vacunados, etc. Esto hace considerar la necesidad de seguir trabajando con esta orientación en el equipo actual. Con todo, además de la actualización del equipo en relación a la atención a la Insuficiencia Cardíaca durante este tiempo, ha podido elaborarse documentación orientada a autocuidados del paciente que permiten trabajar la prevención de descompensaciones en la insuficiencia cardíaca.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/899 ========== ***

Nº de registro: 0899

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Autores:
BLESA RAMIREZ MARIA, BRAVO ANDRES RAQUEL, COMPES LORENTE ALBERTO, ESCRIBANO PARDO DANIEL, BADESA MONREAL MARIA JOSE, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0899

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

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

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

PROBLEMA
La Insuficiencia Cardiaca (IC) es una patología crónica con una incidencia y prevalencia crecientes, que constituye un problema de salud pública, debido a:
- La IC es la 4º causa de muerte cardiovascular en España. Ocasiona el 10% de los fallecimientos por causa circulatoria en varones y el 16% en mujeres. En España mueren más de 17.000 personas al año por IC.
- Prevalencia global en España: 4,7 – 6,8%, que aumenta exponencialmente a partir de los 75 años, llegando a afectar al 16% de la población (estudio PRICE)
- Representa el 3 -5% de los ingresos hospitalarios y es la 1ª causa de hospitalización en mayores de 65 años. Aproximadamente un 2 – 3 % del total del gasto sanitario se destina a la IC, y el 75% del gasto sanitario que genera esta enfermedad, se debe a los ingresos hospitalarios.
- La IC es una enfermedad de mal pronóstico, con una tasa de supervivencia inferior a la de algunos cánceres (mama, próstata).
- Ocasiona una baja calidad de vida debido a la sintomatología, los frecuentes reingresos y los efectos secundarios de los fármacos.

La dificultad en el diagnóstico en fases muy iniciales de IC, cuando el paciente tiene síntomas muy poco específicos es un reto para Atención Primaria, y esto provoca que habitualmente se controle y trate sólo a los pacientes sintomáticos, para los que el pronóstico es malo.
El abordaje actual de esta enfermedad se centra en la prevención y el diagnóstico precoz, ya que sólo en fases preclínicas o iniciales podemos llegar a modificar la historia natural de la enfermedad.
La estrategia inicial se basa en : incidir en los factores de riesgo de la IC (HTA, Hipertrofia ventrículo izdo., Diabetes Mellitus, Cardiopatía isquémica), e identificar individuos que sufren la enfermedad en fases iniciales.
El tratamiento debe individualizarse y requiere una revisión periódica donde se ajusten los objetivos específicos, así como asesoramiento sobre el modo de vida (educación sanitaria)

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Mejorar las actividades preventivas en la IC.
2.- Reducción del uso de los Servicios de Urgencias hospitalarios y de los ingresos en pacientes con IC descompensada.
3.- Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como 1ª medida de prevención primaria.
4.- Potenciar cuidados a todos los pacientes del programa.
5.- Adecuar el tratamiento farmacológico en IC.

MÉTODO
1.- Cambios en la práctica clínica: implementación de Guias de Prática Clínica (GPC), vía clínica.
2.- Plan de formación en IC: sesiones EAP, sesiones de gestión de casos.
3.- Evaluación: diseño de plantilla cuidados IC, trabajo grupo IC: listados, indicadores de seguimiento.
4.- Comunicación del desarrollo del Proyecto: reunión EAP.

INDICADORES
1.- Mejora actividades preventivas en IC: Actividad comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo…) en contexto de IC.
2.- Reducción uso urgente servicios sanitarios del hospital:
Nº ingresos urgentes por descompensación de IC / Nº ingresos urgentes por descompensación de IC en el año anterior. (objetivo: ?2%)
3.- Potenciación cuidados en IC:
Nº de pacientes con IC en los que consta vacunación antigripal y antineumocócica. (objetivo: ?10% en vacunación antigripal y ?5% en vacunación antineumocócica respecto al año anterior).
4.- % de pacientes con IC enlos que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, TA) (objetivo: medición situación de partida)
5.- Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con IC a los que se ha hecho revisión del tratamiento. (objetivo > 50%)
6.- % pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. (objetivo: medición situación de partida)
7.- % de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. (objetivo: medición situación de partida)

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1.- Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/ vía clínica.
2.- Elaboración plantilla autocuidados (mayo-noviembre 2.018)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0899

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

3.- Formación: Sesiones EAP/ Sesiones Gestión de casos (mayo- diciembre 2.018)
4.- Evaluación: desarrollo del diseño plantilla, sesiones de trabajo, listados, indicadores (junio-diciembre2.018)
5.- Comunicación: reuniones de Equipo en todo el período 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 - 2018/0960

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ABDELOUAHED AMAL AMANE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MALLA FRANCISCA
MELUS GUTIERREZ ANGEL
GARCIA SOLA JUAN LUIS
ASTARRIAGA CABANAS ALEJANDRO
LEGASA PEREZ ISABEL
BENITO LOPEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Iniciar y o continuar una rutina en la poblacion sedentaria del centro de salud de la almunia, para que realice una actividad fisica de intensidad acorde con cada persona y con su edad que se realice diariamente, o casi todos los dias, con una duracion minima 30 mn.
Durante este año hemos incorporado para los participantes sesiones de estiramientos con el fisio del centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el centro de salud de la almunia hemos conseguido una media de participacion de 14 personas de 31 inscritos, y en el ambulatorio de Ricla 15 participantes.
No hemos podido realizar el impacto de dicha actividad sobre los participantes en este curso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha consolidado la actividad entre los participantes que la valoran positivamente.
La incorporacion del fisio del centro de salud al proyecto, nos permitio comenzar una actividad de estiramientos para los participantes del grupo interesados. Esta actividad ha causado interés en el grupo.
Queda pendiente, por falta de tiempo, haber hecho un toma de peso y tension arterial al principio, durante y al final del proyecto .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/960 ========== ***

Nº de registro: 0960

Título
ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

Autores:
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, TIRADO AZNAR MARTA, MELUS GUTIERREZ ANGEL, SANMIGUEL HERNANDEZ CONSULELO, BADESA MONREAL MARIA JOSE, LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, RIVERO SANZ OLGA, GARCIA MALLO FRANCISCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes con factores de riesgo cardiovascular y sanos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: modificacion del estilo de vida

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

PROBLEMA
La inactividad física es uno de los mayores condicionantes para la salud El sedentarismo se asocia con diversidad de indicadores negativos de salud: el aumento de la mortalidad y mayor riesgo de padecer diabetes y enfermedades cardiovasculares

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0960

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

El ejercicio cardiosaludable mas accesible y facil para todos es caminar.Caminar al menos 30 minutos diarios reduce el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares hasta en un 27% Lo más importante con la actividad física es la constancia, que perdure en el tiempo, así podremos visualizar a través del paso de los días el resultado de nuestro esfuerzo, y obtener a parte de un físico y peso deseado, una salud en estado óptimo

RESULTADOS ESPERADOS
iniciar y o continuar una rutina en la poblacion sedentaria del centro de salud de la almunia, para que realice una actividad fisica de intensidad acorde con cada persona y con su edad que se realice diariamente, o casi todos los días, con una duración mínima de 30 minutos.

MÉTODO
se han iniciado paseos en la almunia, alpartir, almonacid y ricla, con un dia y horario concretosemanales En esta etapa se trata de
- fortalecer los grupos existentes y animarlos en su continuidad
- analizar la irregularidad de algunos grupos ver causas y soluciones
- buscar apoyos externos para mantener continuidad (consejo salud, tecnicos deporte de la comarca...)
participacion activa del personal sanitario para motivar a los pacientes

INDICADORES
- existencia de paseos en los 5 lugares previstos con perioricidad semanal
- numero de poarticipantes-

DURACIÓN
duracion anual, teniendo en cuenta que puede haber una pausa en el periodo estival, y comienzo en los lugares donde no existen dePerioricidad de septiembre a junio

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 - 2018/0999

1. TÍTULO

TALLERES EN EL INSTITUTO Y/O ESCUELA: ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA LORENTE HERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABENGOCHEA COTAINA BELEN
ESCRIBANO PARDO DANIEL
COMPES LORENTE ALBERTO
LOPEZ MONTEAGUDO GEMA
MANJON LLORENTE GEMMA
BRAVO ANDRES RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS 2018

LUGAR
Colegio Publico Arzobispo Domenech de Almonacid de la Sierra
Fecha 26 de Abril 2019
Dirigido :Alumnos de infantil 3. 4 y 5 años
Urgencias :Desobstrucción vía aérea, posición lateral de seguridad RCP y 112”
Material utilizado muñecos de peluche y musica Impartido por Alberto Compes y Ana Lorente
Fecha 25 de mayo Dirigida a profesorado Taller /Sesion primeros auxilios, Convulsiones,RCP,
Posicion lateral de seguridad Desobstruccion via aerea Hemlich

Colegio publico Ramon y Cajal de Alpartir
Fecha 2 de Abril
Dirigido a alumnos de 6,7 y8 años impartido por Ana Lorente Hernandez
alumnos de 9, 10 y 11 años impartido por Marta Ruiz Gutierez
Colegio Publico Domingo Jimenez Beltran de Calatorao
Fecha 15 de mayo
Dirigido a alumnos de 6 curso
Urgencias :Desobstrucción vía aérea, posición lateral de seguridad RCP y 112”
Material utilizado torso cedido por la unidad docente
Impartido por Genma Manjon pediatra

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS
Los resultados han sido altamente satisfactorios Las encuestas que se pasaron a los adultos fueron altamente positivas
En cuanto a los alumnos menores salieron del aula muy contentos y con ganas de repetir

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todos los alumnos han salido del taller sabiendo el telefono de emergencias como responder a las preguntas realizadas por el 112
saben PLS y maniobras basicas de RCP
Tambien saben lo que hay que hacer y lo que no ante un atragantamiento

En cuanto a profesores han salido sabiendo realizar una Rcp basica Maniobra de Hemlich y como actuar ante un atragantamiento
Y se han resuelto dudas
El equipo considera que hay un alto grado de satisfaccion y una buena respuesta tanto de educadores, alumnos y padres

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/999 ========== ***

Nº de registro: 0999

Título
TALLERES EN EL INSTITUTO Y / O ESCUELA : ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0999

1. TÍTULO

TALLERES EN EL INSTITUTO Y/O ESCUELA: ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA

Autores:
LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, ABENGOCHEA COTAINA BELEN, ESCRIBANO PARDO DANIEL, COMPES LORENTE ALBERTO, LOPEZ MONTEAGUDO GEMA, MANJON LLORENTE GEMA, BRAVO ANDRES RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación para la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejorar conocimiento de la poblacion

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

PROBLEMA
La iniciativa surge ante la inquietud manifestada por medio de los Consejos de Salud y del profesorado de algunos centros educativos de la ZBS, en los que se nos solicita la posibilidad de dar algún tipo de formación o de pautas de actuación ante situaciones de emergencia o de urgencia que puedan surgir en los mismos centros
Consideramos que es factible y necesario que se adquiera ese conocimiento se decide que se darán charlas/talleres prácticos diferenciando Educadores y Alumnos (estos últimos también en grupos dependiendo de la edad)

RESULTADOS ESPERADOS
-Los educadores saldrán de la charla/taller/ sesión Conociendo :
* Teléfono de emergencias 112
* Posición lateral de seguridad
* RCP básica
* Como actuar ante un atraganta miento Maniobra de Heimlich
-Los alumnos dependiendo de la edad el taller se impartirá de forma distinta(no es lo mismo 5 años que 11) pero todos saldrán conociendo:
*Teléfono de Emergencias 112 y la dirección de su domicilio (cuando se esta nervioso se olvidan cosas)Usaremos en caso de niños dibujo o triptico que colocaran en un lugar visible (puerta de casa, al lado del teléfono o nevera)
*Que hacer y que no hacer ante un atraganta miento
* Posición Lateral de Seguridad

MÉTODO
- Charlas y talleres en la escuela / instituto dirigidos a educadores (precisaremos muñeco para realizar practica de RCP, Hemlich y PLS
-Charlas y talleres en la escuela para alumnos diferenciando por edades en los mayores sera muy similar a los adultos En niños pequeños :
* harán un dibujo con plantilla para recortar y colorear en el que pondrán su dirección y teléfono de emergencias y lo colocaran en un lugar accesible y visible (teléfono, nevera, puerta de casa)

INDICADORES
-Encuesta cualitativa al finalizar la sesión a los educadores y alumnos mayores la encuesta tendrá un apartado para que nos escriban otros posibles temas de su interés
- En los niños valoraremos después del taller su actitud y respuesta ante los temas tratados

DURACIÓN
Durante el curso escolar,que se podra repetir ciclicamente

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 - 2019/1037

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A NIÑOS DE HIJOS DE TRABAJADORES TEMPOREROS

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BELEN ABENGOCHEA COTAINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MONTEAGUDO GEMA
CONTE GALVEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En relación con la campaña de la fruta en la zona de Valdejalon,el número de temporeros atendidos en el C.S de la Almunia asciende a más de 5000 personas,.
Estas personas se desplazan con sus hijos,muchos de ellos viven una situación de máxima vulnerabilidad.
Es importante ofrecerles un punto de anclaje y de referencia, donde siempre puedan volver en la siguiente temporada de recogida de la fruta .
Por ello se centralizó el estudio en la consulta de Pediatria de Atencion Primaria.
Nuestro calendario fue de de Mayo a Octubre del 2019.
Recursos empleados :
Humanos . Pediatra y Enfermera de Pediatria del C.S de la Almunia de Doña Godina .
Materiales : peso, tallímetro, peso para bebes,cinta métrica,aparato de tensión, otoscopio, fonendoscopio, podoscopio, optotipos, audiometria, nevera, vacunas, extracciones de sangre .
Acciones realizadas : Acogida del niño temporero, conocer su entorno, quién les cuida, dónde han estado, exploración fisica completa,valoracion de su desarrollo psicomotor, conocer si va al colegio, revisión de su libro de salud, revisión de sus vacunas, actualizar su calendario vacunal, observar si existe alguna deficiencia nutricional, revisión de su boca y de su vista, dar consejos de alimentación, higiene y prevención de accidentes .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Total de niños evaluados son 14 : 6 niñas y 8 niños
Edades : de 0 a 2 años :10, de 3 a 6 años : 4
Indicadores :

Numero de niños a los que actualizamos su calendario vacunal / numero de niños con revisión de su calendario vacunal : 14/14,el 100 %,
Buscábamos minimo 80%.

Numero de niños que presentan deficit visual y han sido derivados a óptica /del total de niños con deficit visual . Buscabamos un 30 %
No se han registrado niños con deficit visual .En la muestra la mayoria son niños menores de 3 años por lo que se valora el Hisberg y se descarta estrabismos, no se pueden utilizar en estos niños los optotipos .

Número de niños con caries que conocen que alimentos deben evitar y cómo limpiar sus dientes /del total de niños que tengan caries : 4/4 total un 100 % .
Buscábamos minimo 50 %.

Otras actividades realizadas :
Analiticas realizadas por observacion de posible déficit nutricional en 4 niños,a todos ellos se les suplementó con hierro 3 meses y a uno de ellos se le instauró la vit D 3 que le habian suprimido por no tener otra receta sus padres .
En 2 niños se realizó estudio renal por patologia previa: en uno de ellos por presentar Ectasia pielica dcha, control eco Renal normal y se le dió el alta y en otro niño se solicitó por tener antecedente la madre de nefropatia congenita y pérdida de un riñon, en dos ocasiones se solicitó la Eco renal pero los padres no acudieron.
En una niña se solicito estudio de columna vertebral por presentar un disrafismo espinal, donde consta resonancia magnetica nuclear normal y se le pudo dar de alta .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestro primer objetivo se ha cumplido, los padres conocen la importancia de traer a sus hijos al Centro de Salud y aportar su libro de salud infantil donde se complementan las revisiones del niño sano y se actualizan sus vacunas.
Nuestro segundo objetivo en principio como todos ellos tenian buena visión no necesitó derivarse a la óptica .
En cada revisión se dan consejos de prevención de accidentes, higiene personal e higiene dental y se le dan consejos de alimentación y se observa desarrollo pondoestatural del niño y desarrollo psicomotor del niño, así como si asiste a la escuela .
Destaca que ya 10 niños de los evaluados no tienen caries y conocen normas de higiene y prevención de la caries, lo cual se valora como algo muy positivo, dado que estos niños muchas veces repiten en la nueva temporada de recogida de la fruta de la Almunia .
Destaca que muchos de ellos no acuden a la escuela y son cuidados por un hermano mayor, dado que los padres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1037

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A NIÑOS DE HIJOS DE TRABAJADORES TEMPOREROS

trabajan en el campo muchas horas seguidas .
Muchas veces, el seguimiento de las derivaciones deberá ser continuado en la temporada proxima, si durante su ausencia en otra comunidad o pueblo no se ha podido solventar, de ahi la importancia de la continuidad y seguimiento de estos niños .
Es importante dar un punto de anclaje a estas familias, para que conozcan cómo poder cuidar mejor a sus niños y como llevar un buen libro de salud infantil a pesar de sus trabajos tan itinerantes .

7. OBSERVACIONES.
Lo mas revelante de este trabajo es saber que cuando vuelven la próxima temporada, los padres sienten confianza y nos traen a sus niños para reevaluarles y suplementar sus posibles carencias, generalmente coincidirá dias de lluvia,cuando ellos no pueden ir al campo a trabajar, a veces es al medio dia en su rato de descanso y nos intentamos amoldar a su tiempo disponible. Es importante el trabajo en Equipo

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1037 ========== ***

Nº de registro: 1037

Título
PROGRAMA DE ACOGIDA A NIÑOS HIJOS DE TRABAJADORES TEMPOREROS

Autores:
ABENGOCHEA COTAINA BELEN, LOPEZ MONTEAGUDO GEMMA, CONTE GALVEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Dar continuidad y bienestar a una población de niños vulnerables por las caracteristicas del trabajo de sus padres.

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

PROBLEMA
Con la llegada de la Campaña de la fruta a la Zona de Valdejalon, el número de personas atendidas como Temporeros asciende a más de 5000 personas .
Estas personas temporeras, vienen en muchas ocasiones desplazandose con sus hijos .
Estos niños son muy vulnerables, dado que continuamente van recorriendo diferentes pueblos de la geografia Española en función de dónde tienen trabajo sus padres .
Nos gustaría poder ofrecer a estas familias una continuidad en la asistencia sanitaria de sus hijos, utilizando los recursos que tenemos en el Centro de Salud de la Almunia de Doña Godina .
Esto mejoraría el bienestar de estas familias y le daría un punto de continuidad dado que la mayoría de ellos repite en la misma zona su trabajo al año siguiente .

RESULTADOS ESPERADOS
Poblacion diana : Hijos de niños Temporeros en la Zona de la Almunia de Doña Godina
Duración del proyecto : Mientras tenga lugar la Campaña de recogida de la fruta : de Mayo a Octubre
Objetivos : Revision y actualización de su libro de Salud Infantil .
Actualizacion de Calendario Vacunal
Aplicacion de medidas preventivas y de promoción de la salud según su edad

MÉTODO
Primera visita : toma de contacto, de donde vienen,conocer entorno del niño, quien le cuida, donde viven y si va al colegio .
Revisar su calendario vacunal
Exploración fisica completa incluido valoración visual e higiene dental .
P complementarias : sólo si fuera necesario segun su desarrollo pondoestatural o desconocimiento de vacunas aportadas por la familia

INDICADORES
Conocer número de niños incluidos en el programa .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1037

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A NIÑOS DE HIJOS DE TRABAJADORES TEMPOREROS

Número de niños a los cuales les hemos revisado y actualizado su calendario vacunal .Buscamos un 80% dado la dificultad de que los niños sean traidos a la consulta .
Número de niños que presentan deficit visual y han sido derivados a óptica / del total de niños con deficit visual . Buscamos un 30 % dadas las dificultades de seguimiento en este colectivo
Número de niños con caries que conocen como limpiar sus dientes y que alimentos deben evitar / del total de niños con caries. Buscamos un 50 %

DURACIÓN
Nuestro calendario de recogida de datos es durante la temporada de Mayo a Octubre del 2019 .
Posteriormente analizaremos estos datos
Los niños acudirán desde administración previa cita y algunos de ellos desde el Servicio de Atencion Continuada .
Una vez captado un niño acogeremos al resto de hermanos .
El Programa tendra un caracter anual .
Si la revisión se ha realizado en su lugar de origen solo se supervisará .

OBSERVACIONES
Hemos puesto indicadores bajos porque es una población díficil, muchos viven en regimen de semiexplotación, queremos dar fidelidad al proyecto y que estos padres sepan que a sus niños se les completará aquello que quedó pendiente en otra area geográfica de España o de su lugar de origen : Rumania, Marruecos, kenia ....etc

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1068

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA CRIANZA Y SALUD EN EL LACTANTE

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... GEMA MANJON LLORENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALAVIA CONTRERAS MERCEDES
GALLEL URGEL MARIA MERCEDES
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS
PUERTAS ERAUSO PAULA
BRAVO ANDRES RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este año se ha puesto en marcha esta actividad grupal con periodicidad semanal y un total de 7 sesiones, apoyadas con presentaciones de power point .
Se han hecho dos ediciones, la primera en los meses de mayo-junio, y la segunda en los meses de octubre-noviembre.
Se realizaron carteles para difundir la actividad colocados en la zonas de cosulta de pediatría, de la matrona y de admisión tanto del centro de salud como de los consultorios locales. Se explicó también el proyecto en el consejo de salud de la zona.
Se diseñaron encuestas para la valoración de la adquisición de conocimientos y de satisfacción. En las encuesta se evaluó la organización, la actividad formativa y el profesorado, en una escala del 1 al 4.
Los resultados se ha expuesto en sesión clínica ante todo en equipo el 19 de diciembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la primera edición hubo un total de 9 participantes, de los cuales 3 de ellos acudieron al 50% de las sesiones respecto al total (33,3%).
Hay que tener en cuenta que es una actividad nueva y que aunque se había dado difusión mediante carteles y también de manera verbal, algunos cuidadores tuvieron conocimiento de ella una vez que la actividad hubo comenzado y fueron incorporándose progresivamente.
Al finalizar la actividad se pasaron las encuestas para la valoración de la adquisición de conocimientos y de satisfacción. En esta primera edición se recogieron 5 encuestas rellenas.
En la segunda edición hubo un total de 6 participantes, de los cuales los 6 acudieron al menos al 50 % de las sesiones respecto del total(100%).
En esta segunda edición hubo menos participantes pero con un mayor porcentaje de asistencia y se recogieron 5 encuestas rellenas.
Evaluación final.
Como conclusión podemos decir que en total hubo 15 cuidadores que han participado en la actividad, de los cuales 9 de ellos acudieron al 50% de las sesiones (60%).
En las encuesta se evaluó la organización, la actividad formativa y el profesorado, siendo la evaluación global, en una escala del 1 al 4, un 4 en todos los items y en todas las encuestas, salvo en 3 ítems de día de las encuestas (1 en una y 2 en otra), que fue de 3.
En general los resultado son bastantes buenos, tanto en el nivel de asistencia como en el de adquisición de conocimientos y de satisfacción, de lo que se deduce que si que se alcanzaron los objetivos del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se decide continuar con el proyecto durante el proximo año. Para las próximas ediciones se va a intentar mejorar la difusión elaborando trípticos que entregar a los padres en las revisiones del niño sano en las consultas de pediatría y en la clases de educación maternal de la matrona.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1068 ========== ***

Nº de registro: 1068

Título
EDUCACION PARA LA CRIANZA Y SALUD EN EL LACTANTE

Autores:
MANJON LLORENTE GENMA, CALAVIA CONTRERAS MERCEDES, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES, BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, PUERTAS ERAUSO PAULA, BRAVO ANDRES RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1068

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA CRIANZA Y SALUD EN EL LACTANTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Lactancia y primeros años de vida
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la salud.

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

PROBLEMA
Se observa en los últimos años una tendencia al aumento, tanto en las consultas de pediatría como en las urgencias del centro de salud, de las consultas por aspectos propios de la crianza y el desarrollo de los lactantes que no suponen necesariamente una patología ni enfermedad como tal, por ejemplo: los cólicos, el lactante que no duerme, dudas sobre la alimentación complementaria, etc.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera que los padres de los lactantes se sientan mas seguros en la crianza de sus hijos, en los diferentes aspectos de esta etapa.
Obtengan conocimientos que les permitan mejorar en la prevención de accidentes y solucionar pequeños problemas que puedan surgir con nociones básicas de primeros auxilios sin necesitar acudir a urgencias.
Crear un ambiente en el que los padres y sobre todo las madres puedan exponer sus preocupaciones y compartirlas con otras mujeres que están en su misma situación.

MÉTODO
Se va a iniciar una actividad grupal, con periodicidad semanal, en ciclos de sesiones con periodicidad cuatrimestral, en el que se expondrá brevemente un tema y se dejará tiempo para preguntas y dudas.
Temas a desarrollar: Cuidados básicos e higiene en el lactante. Lactancia y alimentación complementaria.
Prevención de accidentes y primeros auxilios. Cólicos y problemas digestivos.
Fiebre e infecciones respiratorias. Taller de masaje infantil. Desarrollo del sueño.

INDICADORES
Número de cuidadores que acuden al 50 % de las sesiones respecto al total
Encuesta de valoración de adquisición de conocimientos y satisfacción.

DURACIÓN
Se va a implantar durante el año 2019 a partir del 8 de mayo y según la acogida que tenga entre la población se continuará en los años sucesivos.

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 - 2019/1178

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LAPUENTE ARRUEBO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COMPES LORENTE ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Marzo: presentacionde informes, monitorizacion de antimicrobianos a los equipos
Abril-Dicembre : formacion blandas.Publicacion guia Proa-Ap. Sesion en el centro noviembre: infecciones respiratorias y urinarias A partir de junio monitorización trimestral de uso de antb. con envío de informes a cada profesional

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores utilizados fueron los de farmacia sector III y registros sesiones centro Los profesionales acudieron el 100%.Resultados alcanzados: mejoría dentro de estrategia que recoge IRASPROA. Los objetivos: disminucion del uso de amox/clav. respecto a amoxicilina ha pasad de 57,8% a 54,3% y la disminucion de macrolidos que ha pasado de16,5% a 12,5% en 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Utilizar antb. del menor espectro posible según el tipo de infeccion, circustancias del paciene y resistencia a los antb.Amox/Clav. estaría indicado en infecciones comunitarias por Haemophilus o E.coli o anaerobios.Utilizar macrolidos en alergicos a betalactamicos, o infecciones respiratorias por microorganismos atipicos o B.pertussi

7. OBSERVACIONES.
Interesaría mantener la guia del Pro-ap actualizada en cuanto a indicaciones y resistencias para optimizar uso de antb. Y darla a conocer

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1178 ========== ***

Nº de registro: 1178

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Autores:
COMPES LORENTE ALBERTO, NAVARRO JULI BEGOÑA, HERRERO HERRERO MARIA PILAR, BRAVO ANDRES RAQUEL, PUERTAS ERAUSO PAULA, OULD-HAMOUDO CHEIKH MOHAMDY MOULAYE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: estrategicos

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

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estrategicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge IRASPROA. Hemos comenzado a trabajar en el uso adecuado de antibioticos, Se nos proporciona desde servicios centrales las herramientas para la monitorizacion del uso de antibioticos a partir de indicadores extridos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a antibioticos

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibioticos entre los profesionales de atencion primaria, mejorando la adecuacion de su prescripcion

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1178

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Monitorizar la utilizacion de antibioticos de los profesionales a traves de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas

MÉTODO
Monitorizacion del uso de amoxicilina en infecciones respiratorias respecto al uso de amoxicilina clavulanico
monitorizar el uso de macrolidos en infecciones respiratorias
Realizar formación especifica dirigida a los profesionales en infecciones mas prevalentes respiratorias

INDICADORES
% de profesionales que recibe informacion sobre indicadores de utilizacion de antibioticos
Monitorizacion de amoxicilina y macrolidos en infecciones respiratorias (objetivo 2019 . inferior a la media del sector en ambos items)

DURACIÓN
Abril: monitorizacion del uso de estos antibioticos para ver cual es nuestro punto de partida
abril- diciembre : sesiones de fromacion sobre el uso adecuado de antibioticos : abril. infecciones respiratorias, septiembre :urinarias y noviembre: de piel
junio-sept-diciembre: monitorizacion trimestral de indicadores con analisis individual de cada profesional

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 - 2019/1241

1. TÍTULO

PROYECTO IMPLANTACION ECOGRAFIA CLINICA EN C.S. LA ALMUNIA.CRITERIOS DE DERIVACION, AGENDA DE ECOGRAFIA Y ANALISIS DE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE ECOGRAFIAS REALIZADAS EN AP Y AH

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO LAFUENTE LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS
AGANZO LOPEZ FRANCISCO JOSE
BRAVO ANDRES RAQUEL
BUENO VALERO ALICIA
DEZA ANDREU CRISTINA
BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Desde enero de 2019 se ha puesto en marcha de la realización de ecografía clínica en CS La Almunia.
2. Se ha establecido una agenda de citaciones de ecografías en el centro de salud.
2. Hemos definido qué situaciones clínicas son subsidiarias de realización de ecografía clínica en nuestro Centro de Salud, valorando de forma responsable las habilidades, experiencia y formación de los profesionales que participamos, no creando nunca expectativas por encima de nuestras posibilidades actuales.
4. Se ha establecido un procedimiento de derivación por parte de los médicos del EAP y la gestión de las citas desde la Unidad de Admisión.
5. El resultado de la prueba de informa en OMI en la petición de la exploración y los casos que requieran notificación urgente por los hallazgos encontrados se notifican personalmente al facultativo responsable del paciente.
6. Los profesionales que realizamos ecografía clínica hemos participado en las actividades formativas en ecografia impartidas por el Salud y en todos los casos en cursos de formaciòn de este área de entidades externas.
7. Coincidiendo con la acreditación docente del Centro hemos ofertado la participación en esta actividad a los residentes de medicina familiar y comunitaria.

Todas estas actividades se han presentado en sesión clínica a los miembros del equipo a lo largo del años 2019. En el primer trimestre se presentaron los aspectos relacionados con la puesta en marcha del proyecto, la agenda de citaciones. En el segundo semestre definimos y presentamos los aspectos relacionados con las patologías y sospechas clínicas subsidiarias de realizaciòn de ecografía en nuestro centro de salud.
Del proyecto queda pendiente ahora la segunda fase, el estudio de concordancia diagnóstica entre las ecogracias hechas por nosotros en atención primaria y las realizadas a los mismos pacientes en atención hospitalaria cuando ha sido preciso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- A lo largo del año 2019 hemos realizado 148 ecografias en el Centro de Salud, existe demanda por encima de estas cifras y creemos que podemos llegar hasta las 200 ecografias anuales una vez establecidos los circuitos de derivaciòn. El dato consta en el histórico de las agendas de citaciòn de OMI y en el registro de exploraciones guardadas en el propio ecógrafo.

2.- Uno de los objetivos principales era la DEFINICIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE REALIZAR ECOGRAFÍAS CLÍNICAS, valorando nuestra capacitaciòn actual, se presentó al Equipo las siguientes áreas de exploraciòn ecográfica:
a).- Dolor abdominal: Investigar dilatación de sistemas colectores (biliar y urinario), Lesiones focales en órganos abdominales y pélvicos (quistes, hematomas, abscesos, tumores), trastornos vasculares (trombosis, aneurisma), Cambios difusos en la ecogenicidad de los órganos (cirrosis, insuficiencia renal), Anomalías en el tamaño de los órganos, Sospecha de hepatopatía/patología de páncreas y vía biliar: ictericia, ascitis, otras alteraciones clínicas y analíticas.
b.- Sospecha de nefropatía/patología de la vía urinaria
c.-Seguimiento de patologías ya conocidas Ejemplo: hepatopatía crónica, quistes y otras lesiones benignas
d.- Prostatismo: Calcular el tamaño prostático, la presencia de cálculos y el residuo vesical postmiccional.
e.- Grandes vasos: Valoración inicial ante palpación de masa pulsátil, dolor abdominal con soplo o compromiso de sistema arterial inferior. El cribado de aneurisma de aorta abdominal en varones de 65 a 75 años se postula actualmente la utilidad de la ecografia en AP.
f.-Tiroides: sospecha diagnóstica de la patología tiroidea(ej: crecimiento tiroideo asimétrico, duda de posible masa en el lóbulo de mayor tamaño, palpación de nódulos tiroideos (localización y características).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos satisfechos con la implantación de este proyecto en el EAP, su consolidación es cierto que depende de que en el EAP haya siempre miembros con formación y voluntad de seguir realizando ecografia en AP. A lo largo del año 2019 alguno de los profesionales que participaban en la realizaciòn de ecografías se han trasladado a otros centros pero hemos tenido la fortuna de que alguna de las incorporaciones se han sumado al proyecto y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1241

1. TÍTULO

PROYECTO IMPLANTACION ECOGRAFIA CLINICA EN C.S. LA ALMUNIA.CRITERIOS DE DERIVACION, AGENDA DE ECOGRAFIA Y ANALISIS DE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE ECOGRAFIAS REALIZADAS EN AP Y AH

ya habían iniciado su formación. El SALUD incorporó ecégrafos en 2018 hasta en 35 centros de salud y a medida que se extienda laformaciòn en ecografia clínica a más profesionales se garantizará la sostenibilidad de este proyecto en todos los Equipos.

Una vez puesto en marcha creemos que el proyecto debe de tener continuidad, como proyecto de mejora, durante un año más y pediremos que siga incluido en nuestro Contrato de Gestión durante el año 2020, debemos consolidar el proyecto implantado y tenemos voluntad de realizar el estudio de concordancia diagnóstica entre las ecografías realizadas por nosotros y la valoración de los radiólogos en los casos remitidos.

Durante todo el año 2019 hemos tenido especial consideración al informar a los pacientes de nuestra condición de médicos de familia, no médicos especialistas en radiología, y los objetivos de la exploraciòn ecográfica realizada por nosotros. No se ha presentado ni una sola queja o reclamaciòn por los resultados informados y hemos tenido la percepciòn de agradecimiento y reconocimiento por parte de los pacientes.

Es muy importante insistir en la formacón continua en las habilidades de ecografía clínica para el mantenimiento del proyecto en este u otros Equipos. Herramientas puestas en marcha como el POCUS (Espacio de Ecogafia en Atenciòn Primaria) por parte del SALUD y el IACS son de gran ayuda para compartir experiencias y fomación tutorizada por porfesionales expertos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1241 ========== ***

Nº de registro: 1241

Título
PROYECTO IMPLANTACION ECOGRAFIA CLINICA EN C.S. LA ALMUNIA.ANALISIS DE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE ECOGRAFIAS REALIZADAS EN AP Y AH

Autores:
LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO, LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, AGANZO LOPEZ FRANCISCO JOSE, BRAVO ANDRES RAQUEL, BUENO VALERO ALICIA, DEZA ANDREU CRISTINA, BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

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

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

PROBLEMA
El Servicio Aragonés de Salud impulsó en el año 2018 la realización de ecografía clínica en centros de salud por parte de médicos de atención primaria. Los profesionales del EAP La Almunia que participaron en el programa de formación impulsan este proyecto de mejora orientado a la puesta en marcha de la ecografía clínica en el CS de La Almunia.

RESULTADOS ESPERADOS
Puesta en marcha de la realización de ecografía clínica en CS La Almunia, ofertándola a toda la poblaciòn de la zona básica. Establecer escenarios clíncios de derivaciòn y un estudio de concordancia diagnóstica entre AP y AH.

MÉTODO
1.-Establecer una agenda de citaciones de ecografías en el centro de salud con huecos suficientes para que esta exploración se realice con un breve tiempo de espera entre su solicitud y la realización de la prueba.

2.- Definir qué situaciones clínicas son subsidiarias de realización de ecografía clínica en nuestro Centro de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1241

1. TÍTULO

PROYECTO IMPLANTACION ECOGRAFIA CLINICA EN C.S. LA ALMUNIA.CRITERIOS DE DERIVACION, AGENDA DE ECOGRAFIA Y ANALISIS DE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE ECOGRAFIAS REALIZADAS EN AP Y AH

El objetivo ha de ser definir qué situaciones clínicas pueden ser objeto de realización de ecografía en el centro desalud. Inicialmente la oferta incluirá:
- Ecografía de cuello y tiroides
- Ecografía hepática
- Ecografia renal y prostática

3.- Establecer el procedimiento de derivación por parte de los médicos del EAP y la gestión de las citas desde laUnidad de Admisión.

4- Modelo de informe y procedimiento de notificación urgente de los resultados al profesional responsable del paciente en caso de hallazgos clínicos que así lo requieran.

5.- Realizar un estudio descriptivo, longitudinal de concordancia diagnóstica en condiciones de práctica clínica, entre las ecografías realizadas en AP, en el CS de La Almunia y A Hospitalaria.
En aquellos casos en los que a largo del año se haya realizado una ecografía en AP y posteriormente en AH, tres médicos del EAP, diferentes de los dos médicos que realizan la prueba en el centro de salud, analizarán la concordancia de los resultados informados.
Se definirá para ello tres niveles diagnósticos en cada una de las pruebas realizada:
• Sin alteraciones (ecografía normal sin hallazgos)
• Alteraciones no significativas clínicamente: en este caso se describirán los hallazgos y se analizará la concordancia con los informes emitidos por el servicio de radiología del hospital.
• Alteraciones patológicas que serán igualmente confrontadas con los hallazgos de la ecografía de AH.

INDICADORES
1. Establecer una agenda de citaciones de ecografías en el centro de salud.
El indicador de existencia de agenda: si/no. Fuente agendas OMI
El indicador nº de ecografías realizadas: recuento de citas e informes emitidos. Objetivo 100% de las realizadas
Fecha implantación: 30/06/2019

2. Definir qué situaciones clínicas son subsidiarias de realización de ecografía clínica en nuestro Centro de Salud.
Documento consensuado y difundido a todos los médicos del EAP de La Almunia de las situaciones clínicas que en este momento de implantación de esta técnica diagnostica en el Equipo, son asumibles por los profesionales que van a realizarlas.
El indicador: presencia del documento escrito: si/no
Fecha implantación: 30/06/2019

3. Establecer el procedimiento de derivación por parte de los médicos del EAP y la gestión de las citas desde la Unidad de Admisión.
Indicador: Existencia del documento de gestión del proceso: si/no
Fecha implantación: 30/06/2019

4. Modelo de informe y procedimiento de notificación urgente de los resultados al profesional responsable del paciente en caso de hallazgos clínicos que así lo requieran.
Indicador: existencia del informe en el 100% de las ecografías realizadas
Fecha implantación: 30/06/2019
Análisis de resultados: 31/12/19

5. Diseñar un estudio observacional, descriptivo, longitudinal de concordancia diagnóstica en condiciones de práctica clínica, entre las ecografías realizadas en AP, en el CS de La Almunia y A Hospitalaria, en aquellos casos
en los que exista una exploración realizada en los dos niveles asistenciales.

DURACIÓN
Ya indicado en apartado 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 - 2018/1324

1. TÍTULO

PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MONICA MARCO OLLOQUI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIDAL CIRAC ISABEL
LAHUERTA ROYO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunion semanal de dos horas en el gimnasio del Auditorio de Cuarte, en un ambiente cómodo de acogida para las madres y sus bebes (acompañados de sus parejas y/o familiares si quieren),donde ellas son las protagonistas junto con sus bebes. Nuestro objetivo es promocionar la lactancia materna y ayudar en la crianza, proporcionando los conocimientos y el apoyo emocional suficiente para conseguir que las madres amamanten de forma satisfactoria todo el tiempo que deseen.
- Información teórica que permita a las familias elegir como alimentar a los bebes.
• Pautas para el manejo de los problemas de lactancia materna los primeros días(grietas, problemas de agarre, hipogalactia..)
• Información práctica sobre técnica de amamantamiento
• Información sobre técnica de extracción, almacenamiento y conservación de leche materna
• Control del estado nutricional de los lactantes de alto riesgo (prematuros, gemelares,…) y de niños sanos
• Captación de madres donantes de leche
• Ofrecer pautas de manejo para continuar con la lactancia tras la incorporación materna al mundo laboral
• Información sobre crecimiento y desarrollo del lactante y niño pequeño, sobre la alimentación complementaria, desarrollo psicomotor del bebe...
• Recomendaciones a la madres con respecto a su dieta y hábitos saludables

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Es una actividad satisfactoria para las madres y los profesionales,las madres acuden de forma continua, (muchas de ellas hasta su incorporacion al trabajo),
encuentran apoyo entre ellas de forma que se van haciendo mas seguras de si mismas y con confianza para tomar decisiones.
Captación de una forma precoz al recién nacido por parte de la enfermera de pediatría.
Crear un espacio donde las madres se sienten protagonistas con confianza para mostrar sus dudas, inquietudes
Compartiendo información,apoyo emocional y profesional para conseguir una lactancia materna feliz y exitosa.
Con la información recibida por parte de las madres, reducir en cierta manera las visitas al pediatra.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Intentar captar a más madres desde las consultas de enfermeria/pediatria, o desde la consulta de la matrona, captar a la embarazada en sus ultimas semanas antes de dar a luz.

En estos grupos de apoyo, la madre inexperta, se convierte en una madre experta capaz de dar lo que ella recibió en el grupo: apoyo emocional, experiencia, consejos, calma y cariño

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1324 ========== ***

Nº de registro: 1324

Título
PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
MARCO OLLOQUI MONICA, VIDAL CIRAC ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1324

1. TÍTULO

PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Otro tipo Objetivos: mejoría y satisfacción en la lactancia y crianza
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La lactancia materna es considerada el método óptimo de alimentación infantil por sus ventajas nutricionales, emocionales e inmunológicas, además de ser la forma natural de alimentar a los bebes. Por lo que, trabajar para aumentar las tasas de lactancia contribuirá a mejorar la salud materno-infantil.
Por todo esto, es por lo que desde hace 4 años nos reunimos semanalmente los miércoles, una hora y media, un grupo de lactancia y crianza.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el número de niños alimentados con lactancia materna y prolongar la duración de la misma, mejorando la satisfacción de las madres
Ayudar a madres y familias a tomar una decisión, correctamente informada, de la mejor forma de alimentar a sus hijos
Estimular el apego entre padres y niños haciendo que la crianza los primeros meses de vida sea más gratificante
Realizar precozmente por parte de enfermería la primera visita del recién nacido
Revisiones del programa de salud infantil del niño menor a 2 años
Captación de madres donantes de leche

MÉTODO
Información teórica que permita a las familias elegir como alimentar a los bebes.
Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia, sus posibles problemas y la prevención de dichos problemas los primeros días de vida
Pautas clínicas para el manejo de los problemas de lactancia materna los primeros días
Información práctica sobre técnica de amamantamiento
Información sobre técnica de extracción, almacenamiento y conservación de leche materna
Educación para la salud materno-infantil
Control del estado nutricional de los lactantes de alto riesgo (prematuros, gemelares,…) y de niños sanos
Captación de madres donantes de leche
Ofrecer pautas de manejo para continuar con la lactancia tras la incorporación materna al mundo laboral
Información sobre crecimiento y desarrollo del lactante y niño pequeño, sobre la alimentación complementaria y consejos para el destete gradual
Recomendaciones a la madres con respecto a su dieta y hábitos saludables

INDICADORES
Satisfacción materna de las asistentes al grupo

DURACIÓN
Reuniones semanales todos los miércoles de 16 a 17:30h de enero a diciembre
Evaluación de resultados en 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 - 2018/1435

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS MODREGO JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORCAL POTENTE ANA
PASCUAL BRUMOS ISABEL
SANCHEZ LOPEZ MODESTA
CARA GRANADOS MARIA YOLANDA
CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN
MATEO SEGURA ZORAIDA
RUIZ FELIPE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente se citó a los pacientes incluidos en la lista remitida desde Dirección, desde el servicio de admisión en consulta no presencial de medicina o enfermería, para valorar situación de partida y confirmar que cumplían criterios de IC
En consulta presencial desarrollada a lo largo de todo el proceso :
Se planteo registrar en plantilla de OMI, peso, perímetro abdominal, presión arterial, grado de disnea y FE en situación estable
Se planteo registrar en plantilla de OMI, peso, perimetro abdominal, presión arterial, grado de disnea y FE en situación estable
Plan de autocuidados :recomendaciones de dieta, ejercicio e informar de sintomas de alarma (aumento de peso, disnea o presencia de edemas)
Vacunación antigripal y antineumococica .
Revisión de medicación
Formación
Sesión informativa al Equipo sobre el contenido del proyecto 13 09 2018
Sesión de formación en I C realizada el 1309 2018
Sesión impartida por MI sobre diagnostico de IC 26 09 2018 (Dr Perez)

Se informo al Consejo de Salud de Zona en noviembre de 2018

Durante 2019 se modificaron los componentes del Equipo de Mejora por incorporando a Isabel Pascual y Zoraida Mateo, que sustituyen a Marta Aliaga y Pilar Magallon .

Se realizó una sesión clínica externa, impartida por Dr Rodrigo de Cordoba donde se informo al Equipo de la continuidad del proyecto

Se enviaron correos electrónicos al Equipo informando de los objetivos del proyecto y se recordaron en reuniones e Equipo.
Se revisaron por parte de los componentes del Equipo de Mejora, los pacientes incluidos en el listado un total de 145
de ellos se excluyeron 39 por no tener historia y 21 por no tener IC
En los 85 pacientes restantes, se revisó si constaba en historia clínica : vacunación antigripal y antineumococica, registro de tensión arterial y peso, ingreso y revisión posterior, revisión del tratamiento .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los datos se han obtenido de los registros en OMI, revisando las historias de los pacientes incluidos en listado de IC remitido desde farmacia.
El periodo revisado es de noviembre de 2018 a noviembre de 2019.
Total pacientes revisados 145
De ellos 39 no se encuentra HCE en OMI
En otros 21 no se encuentra confirmación de IC en HCE
Total de pacientes con IC confirmada entre los revisados 85
INDICADORES:
1- porcentaje de pacientes con IC a los que se ha administrado vacuna antigripal
Resultado: 80 % Standar 90%
2-porcentaje de pacientes con IC a los que se ha administrado vacuna antineumococica :Resultado: 40%
Standar 50%

3-Porcentaje de pacientes con IC los que consta toma de TA durante último año :Resultado: 94%
Standar 90%
4- Porcentaje de pacientes con IC en los que consta peso durante último año
Resultado: 73% Standar 70%
5- Porcentaje de pacientes con IC que, han precisado ingreso durante el último año
Resultado 30% Standar reducción en Nº de ingresos con
respecto al año anterior (no disponemos de datos previos)
6-Porcentaje de pacientes de pacientes ingresados,revisados tras tras ingreso Resultado: 82% Standar 90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1435

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA

7- Porcentaje de pacientes con IC en los que se ha revisado el tratamiento durante el último año
Resultado 67% Standar 50%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No hemos conseguido todos los objetivos marcados, esperamos mejorar en el próximo año los porcentajes de vacunación antigripal y antineumococica, la revisión del tratamiento y el seguimiento de los pacientes con IC para poder reducir el nº de ingresos y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

El proyecto ha servido para actualizar conocimientos en IC y mejorar el tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.
Hemos encontrado dificultades para identificar a pacientes con IC, ya que los listados recibidos no estaban actualizados y había errores en la codificación del diagnostico en OMI

El no disponer de una plantilla especifica en OMI para IC, dificulta el seguimiento y no permite diferenciar entre IC con FE disminuida y FE conservada, con la implicación en el tratamiento
Las actividades realizadas, se ha visto entorpecidas con el cambio de profesionales,

En cuanto a la vacunación antineumococica, tuvimos problemas en 2018 por no entrar en cartera de servicios, excepto para pacientes institucionalizados

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1435 ========== ***

Nº de registro: 1435

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA

Autores:
MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS, TORCAL POTENTE ANA, SANCHEZ LOPEZ MODESTA, ALIAGA MARTIN MARTA, CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN, CARA GRANADOS MARIA YOLANDA, MAGALLON TORRES PILAR, RUIZ FELIPE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Insuficiencia cardiaca
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
LA PREVALENCIA DE IC SE SITUA APROXIMADAMENTE EN 2% DE LA POBLACIÓN GENERAL Y EN EL 10% EN MAYORES DE 70AÑOS .según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP. CON UN alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de lo profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente.
Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso.
En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en IC en la totalidad de los pacientes

2. Reducción del uso urgente de servicios sanitarios:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1435

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA

.3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa mediante
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
Actividades preventiva
Autocuidados . Recomendaciones de dieta,ejercicio, informar de síntomas de alarma (aumento de peso, disnea, presencia de edemas)
Registro en plantilla de OMI a todos los pacientes con IC:peso, perímetro de cintura,presión arterial., grado de disnea y f,e en situación estable
Adherencia al tratamiento
Control de comorbilidad
Control de factores desencadenantes
2. Cambios en la oferta de servicios:
Modificación de agendas de OMI
desde servicio de admisión se citaran a los pacientes incluidos en los listados remitidos desde dirección de atención primaria, en consulta de médico o enfermera,no presencial para valorar situación de partida y priorizar actuaciones
Incorporación plantilla autocuidados.

3. Formación: Plan de formación IC: Se realizara una sesión clínica de I C y en reuniones con MI se plantearan casos de pacientes con IC

4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.

5. Comunicación del desarrollo del proyecto: se Comunicara el contenido del proyecto al EAP a Medicina Interna como colaborador y se informara al consejo de salud de zona.

INDICADORES
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria o consulta monográfica con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo…) en el contexto de IC.
2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados /Comunitaria: mayo-noviembre 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo 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 - 2018/1453

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2015-2019

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA FUSTERO FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIAZ LOBERA NIEVES
RUIZ TAPIA MARIA
SANTAMARIA PEREZ DE BURGOS MARIA EUGENIA
CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN
SANCHEZ SANCHEZ LEOCADIO
PEREZ VICENTE REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (acenocumarol y warfarina), mal controlados (que tienen menos del 60% de determinaciones en rango los útimos seis meses)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (acenocumarol y warfarina), mal controlados que cumplen criterios según el IPT para cambiar a ACOD
3. Modificaciones de tratamiento si se precisan por el médico del paciente
4. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (dabigatran, rivaroxaba, apixaban o edoxaban)
5. Implementación del protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACOD por médicos y enfermeros con visitas de seguimiento y entrega de la tarjeta de seguimiento.
6. Sesiones clínicas en el EAP de formación en el manejo de los anticoagulantes, seguimiento de los pacientes tratados con ACOD, actitud ante situaciones especiales etc.
7. Presentación del protocolo de seguimiento a médicos y enfermeros.
8. Diseño de un registro informatizado para la recogida de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se diseñó por el grupo de trabajo un registro informático consistente en una hoja de cálculo de Open Office para capturar y analizar los datos, que fue enviada a los miembros del EAP por correo electrónico y devuelta por ellos una vez cumplimentada.
Nº total de pacientes en tratamiento anticoagulante oral en 2015: 189; en 2020: 275
% de pacientes en tratamiento con Anti vitamina K del total de los tratados con anticoagulantes orales:
- 2015…… 74%
- 2016…… 68%
- 2017…… 54%
- 2018……. 44%
- 2019……. 38.5%

% de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales:
- 2015……26%
- 2016……32%
- 2017……46%
- 2018……56%
- 2019…… .61.5%

Los pacientes en tratamiento con AVK, están mal controlados en un 16%
% de pacientes anticoagulados con AVK, mal controlados con situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ACOD
- 2015……56%
- 2016……48%
- 2017……39%
- 2018……..79%
- 2019…….32%

% de pacientes tratados con ACOD, en los que se ha realizado por médicos y enfermeros visitas de seguimiento y entrega de la tarjeta diseñada a tal efecto en 2018 : 43% y en 2019:57%
En cuanto a los eventos registrados se notifican en 2018:3 hemorragias mayores lo que representa un 1.08% (2 por acenocumarol y 1 por apixaban) y 3 trombosis, también un 1.08% (2 con apixaban y 1 con edoxaban) y en 2019: 0.5% hemorroisa mayores (1 con acenocumarol y ninguna trombosis.
Se han realizado dos sesiones clínicas cada año lo que suma 10 sesiones y 2charlas para pacientes y familiares, también se presentó y debatió con el EAP el Protocolo de seguimiento de los ACOD, estableciendo que:
- En la primera visita (prescripción) se entrega la tarjeta de seguimiento y registra en la historia del paciente (en el episodio de anticoagulación o en el de ACXFA
- Derivación a la consulta de enfermería para seguimiento al mes del inicio y posteriormente cada tres meses.
- Seguimiento analítico con la frecuencia indicada en la tarjeta en función del filtrado renal y la situación clínica del paciente
- Registro de los resultados en la tarjeta siempre que se realice analitica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1453

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2015-2019

• En el caso de los pacientes que ya estaban con estos fármacos la captación se hará en consulta médica o de enfermería coincidiendo con una visita o renovación de tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
.

7. OBSERVACIONES.
Conclusiones:
Ha aumentado el número total de pacientes con tratamientos anticoagulantes en nuestro Centro de Salud.
Ha disminuido el número de pacientes en tratamiento anticoagulante con AVK mal controlados un 30% desde el inicio del proyecto.
Continua aumentando el número de pacientes con ACOD versus AVK, situándonos por encima de la media europea de prescripción de estos fármacos.
Hemos comenzado a hacer un seguimiento protocolizado de los pacientes con ACOD, encontrándose ya dicho registro en casi el 60% de los pacientes.
En conjunto, hemos mejorado la seguridad de los pacientes anticoagulados adecuando sus tratamientos a las indicaciones de las guías de práctica clínica, queda pendiente recoger en una encuesta la opinión de dichos pacientes, pero tras 5 años de seguimiento y dado el escaso margen de mejora restante decidimos dar por finalizado este proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1453 ========== ***

Nº de registro: 1453

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

Autores:
FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA, LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA, DIAZ LOBERA NIEVES, PEREZ VICENTE REBECA, SANTAMARIA PEREZ DE BURGOS MARIA EUGENIA, RUIZ FELIPE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

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

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

PROBLEMA
DURANTE LOS ULTIMOS AÑOS, SE HAN INCORPORADO AL CAMPO DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES NUEVOS FARMACOS CON UN VALOR AÑADIDO, EN DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS, RECOGIDAS EN UN INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPEUTICO (IPT) DEL MINISTERIO DE SANIDAD UT/V4/23122013, QUE MEJORAN LA SEGURIDAD, LOS CIRCUITOS ASISTENCIALES, LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES Y EN DEFINITIVA LOS RESULTADOS DE SALUD. ESTE CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ANTICOAGULACIÓN NECESITA UN ABORDAJE CENTRADO EN EL PACIENTE, QUE IDENTIFIQUE A AQUELLOS QUE PODRIAN BENEFICIARSE DE LOS NUEVOS FARMACOS Y ASEGURE, QUE CUANDO SE UTILIZAN LOS ACOD: (ANTICOAGULANTE ORAL DE ACCION DIRECTA), AUNQUE NO PRECISAN MONITORIZACION, NO SE RELAJE SU SEGUIMIENTO, QUE DEBE SEGUIR SIENDO ESTRECHO Y REALIZARSE DE FORMA COORDINADA CON LAS UNIDADES DE COAGULACION Y EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LOS CENTROS; CONTANDO EN TODO MOMENTO CON LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL PACIENTE Y ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
2.- CONOCER COMO HA MEJORADO LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES.

MÉTODO
1.- IDENTIFICACION DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIVITAMINA K (ACENOCUMAROL Y WARFARINA), MAL CONTROLADOS (QUE TIENEN < 60% DE DETERMINACIONES EN RANGO LOS ULTIMOS 6MESES).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1453

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2015-2019

2.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIVITAMINA K (ACENOCUMAROL Y WARFARINA), MAL CONTROLADOS QUE CUMPLEN CRITERIOS SEGUN EL IPT PARA CAMBIAR A ACOD.
3.- MODIFICACIONES DE TRATAMIENTO SI SE PRECISAN POR EL MEDICO DEL PACIENTE.
4.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD (DABIGATRAN, RIVAROXABAN, APIXABAN Ó EDOXABAN).
5.- IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO CONJUNTO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ACO POR MEDICOS Y ENFERMEROS CON VISITAS DE SEGUIMIENTO Y ENTREGA DE LA TARJETA DE SEGUIMIENTO, ASI COMO REGISTRO EN TAO-NET CUANDO SE IMPLANTE.
6.- SESIONES CLINICAS EN E.A.P. DE FORMACION EN EL MANEJO DE ANTICOAGULANTES, SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ACOD, ACTITUD EN SITUACIONES ESPECIALES...PRESENTACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO A MEDICOS Y ENFERMEROS.
7.- ACTIVIDAD FORMATIVA CON LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS Y/O CUIDADORES, INTEGRADO EN LAS ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD.
8.- ENCUESTA SOBRE LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA PRODUCIDA POR ACOD Y GRADO DE SATISFACCION DE USUARIOS.
9.- DISEÑO DE UN REGISTRO INFORMATIZADO PARA LA RECOGIDA DE RESULTADOS.

INDICADORES
1.- % PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTIVITAMINA K, QUE EN LOS ULTIMOS 6 MESES TIENEN <60% DE DETERMINACIONES INR EN RANGO.
2.- % PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTIVITAMINA K Y SITUACIONES CLINICAS EN LAS QUE EL IPT, RECOMIENDA SU PASO A ACOD.
3.-% PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD DEL TOTAL DE TRATADOS CON ANTICOAGULANTES ORALES.
4.- Nº DE SESIONES CLINICAS DE ACO REALIZADAS EN C.S.
5.- % DE PERSONAS QUE ASISTIERON A SESIONES.
6.- Nº PACIENTES/CUIDADORES QUE ASISTEN A REUNIÓN FORMATIVA.
7.-Nº DE TROMBOSIS REGISTRADAS EN PACIENTES TRATADOS.
8.- Nº SANGRADOS MAYORES:(QUE HAN REQUERIDO INGRESO HOSPITALARIO).
9.- % PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD, A QUE SE HA ENTREGADO TARJETA DE SEGUIMIENTO.
10.- % PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD INCLUIDOS EN TAO-NET (SI SE IMPLANTA).
11.- VALORACIÓN RESULTADOS ENCUESTA MEJORA CALIDAD DE VIDA ACOS Y GRADO DE SATISFACCIÓN PACIENTES.

DURACIÓN
1.- CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO Y DISEÑO DEL PROYECTO.(JUNIO).
2.- ENVÍO DEL PROYECTO.(22/06/2018).
3.- PRESENTACIÓN AL EAP DEL DISEÑO Y REGISTRO INFORMATIZADO.(JULIO).
4.- ENTREGA DE LISTADOS DE PACIENTES CON TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES.(A CADA PROFESIONAL LOS DE SU CUPO).(JULIO).
5.- TRABAJO DE CAMPO CON PACIENTES: VALORACIÓN DEL CONTROL ACTUAL, CAMBIOS DE TRATAMIENTO SI PROCEDE, SEGUIMIENTO SEGUN PROTOCOLO ESTABLECIDO Y VOLCADO DE DATOS EN EL REGISTRO CREADO. (JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, Y NOVIEMBRE).
6.- SESION CLINICA DE ACTUALIZACION EN ANTICOAGULACION Y RESOLUCION DE DUDAS EN LA RECOGIDA DE DATOS.(OCTUBRE).
7.- ACTIVIDAD FORMATIVA CON LOS PACIENTES Y/O CUIDADORES. (NOVIEMBRE).
8.- REALIZACIÓN ENCUESTAS DE MEJORA CALIDAD DE VIDA Y GRADO DE SATISFACCIÓN A PACIENTES.(NOVIEMBRE, DICIEMBRE).
9.- PROCESADO DE DATOS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS.(DICIEMBRE).
10.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS A EQUIPO Y A DIRECCION.(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 - 2018/1564

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GONZALEZ SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN
ALCALA BORDONABA MARIA
SANCHEZ LOPEZ MODESTA
ELVIRO MAYORAL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Destinatarios; Escolares de 3 a 12 años
Taller realizado en Febrero 2019
Un taller cada semana
En la escuela de Muel
Duración de 9 a 15 horas

Entrevista con los docentes
Charla informativa a los padres
Charlas interactivas con los alumnos
Actividades diversas, audiovisuales, recreación de un mercado...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aprendizaje de alimetación sana y prevención d ella obesidad. Fomento del ejercicio físico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como hacer comprensible la importancia de la alimentación a los niños, y los que puede pasar si no se come de forma adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1564 ========== ***

Nº de registro: 1564

Título
HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

Autores:
GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES, CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN, ALCALA BORDONADA MARIA, SANCHEZ LOPEZ MODESTA, ELVIRO MAYORAL LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NINGUNA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El colegio demandó actividades para promover hábitos saludables psicoemocional

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir obesidad
- Conocer los alimentos nutricionales más saludables
- Promover conductas y actividades positivas durante las comidas
- Promover el trabajo en equipo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1564

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

MÉTODO
- Entrevista con los docentes
- Charla informativa a los padres
- Charlas interactivas con los alumnos
- Actividades diversas: audiovisuales, recreación de un mercado...

INDICADORES
- Encuesta a los alumnos antes y después de la charla
- Valoración de los resultados

DURACIÓN
- Febrero: Muel, 4 sesiones / semanales
- Octubre: Cadrete, 2 sesiones
- Noviembre: Cuarte, 2 sesiones

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 - 2019/1034

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBBIOTICOS EN EL EAP DE MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL MINGUEZA MOZAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS
GIL DOMINGO ANDRESA
TORCAL POTENTE ANA
PEREZ VICENTE REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PARA CONSEGUIR LOS ABJETIVOS PROPUESTOS HEMOS INFORMADO AL EQUIPO MEDIANTE SESIONES DE LA SELECCION MAS ADECUADA DE ANTIBIOTICOS SEGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO PROA-AP SECTOR III EN LAS INFECCIONES QUE VEMOS MAS FRECUENTEMENTE EN AP.
LA SESION DE INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS NO SE HA REALIZADO TODAVIA YA QUE ESTA PENDIENTE LA ACTUALIZACION DE LA GUIA AUTONOMICA DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN AP PARA ESTAS PATOLOGIAS
TAMBIEN SE HA INTENTADO INFORMAR A POBLACION MEDIANTE CARTELES INFORMATIVOS EN LAS SALAS DE ESPERA DEL CENTRO DE SALUD Y LOS CONSULTORIOS LOCALES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
BASANDONOS EN LOS INFORMES QUE ENVIA PERIODICAMENTE EL SALUD HEMOS CONSEGUIDO NUESTROS OBJETIVOS DE DISMINUIR EL CONSUMO DE ANTIBIOTICOS DE USO SISTEMICO DHD PASANDO DE UN 16.4 EN 2018 A 13.9 EN 2019 (UNA REDUCCION MAYOR DE UN 2% QUE ERA NUESTRO OBJETIVO).
TAMBIEN HEMOS CONSEGUIDO REDUCIR EL CONSUMO DE FLUORQUINOLONAS DE UN 11.6% A UN 6.8% (REDUCCION TAMBIEN MAYOR DEL 2% QUE ERA NUESTRO OBJETIVO).
LA ASINTENCIA A SESIONES CLINICAS POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO AL QUE INICIALMENTE IBAN DIRIGIDAS (AUNQUE A VECES CONTAMOS TAMBIEN CON LA PRESENCIA DE PERSONAL DE ENFERMERIA) FUE SUPERIOR AL 60% (BASANDONOS EN LA RECOGIDA DE FIRMAS DURANTE LAS SESIONES). LA ASISTENCIA A LAS SESIONES ES MAS DIFICIL DE MEJORAR DADAS LAS CARACTERISTICAS DEL CENTRO DE SALUD DE MARIA QUE TIENE MUCHA DISPERSION Y CONSULTAS CON MUCHA PRESION ASISTENCIAL EN CONSULTORIOS COMO CADRETE O CUARTE. A LOS PROFESIONALES QUE NO PUEDEN ACUDIR ESE DIA A LA SESION POR LA DEMANDA ASISTENCIAL SE LE DA POR ESCRITO LA INFORMACION DE LA SESION Y EL COMPROMISO DE LOS COMPAÑEROS HA SIDO MUY POSITIVO COMO SE PUEDE VER EN LOS RESULTADOS ALCANZADOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACION DEL EQUIPO DE MEJORA ES MUY POSITIVA, LA RESPUESTA DE LOS PROFESIONALES HA SIDO DE COMPROMISO Y NOS SIRVE A TODOS PARA SER CONSCIENTES DE UN PROBLEMA Y UNIFICAR NUESTRA ACTUACION SIGUIENDO LAS DIRECTRICES QUE MARCA PROA-AP SEGUN LAS RESISTENCIAS A ANTIMICROBIANOS DE NUESTRO SECTOR.
QUEDA PENDIENTE EL INTENTAR LLEVAR LA INFORMACION TAMBIEN A LOS MAC DEL CENTRO DE SALUD PARA CONSEGUIR TAMBIEN SU IMPLICACION EN EL PROYECTO.
EL TRABAJO SOBRE ANTIBIOTICOS EN AP DEBE SER UN TRABAJO EN EQUIPO Y CON SESIONES Y VALORACIONES PERIODICAS YA QUE HAY MAS CAMPOS DE MEJORA Y LOS TRATAMIENTOS DE ELECCION PUEDEN IR CAMBIANDO SEGUN EVOLUCIONEN LAS RESISTENCIAS A AB.... POR LO QUE EL TRABAJO COORDINADO CON LOS SERVICIOS DE FARMACIA, INFECCIOSAS, MICROBIOLOGIA, PEDIATRIA,AP....ES FUNDAMENTAL PARA CONSEGUIR NUESTRO OBJETIVO GLOBAL QUE ES LA DISMINUCION DE LAS RESISTENCIA A AB EN NUESTRO MEDIO Y A NIVEL GLOBAL.
TAMBIEN QUEDA PENDIENTE LAS ACTUACCIONES FUERA DE LA CONSULTA MEDICA SOBRE DENTISTAS, VETERINARIOS..... Y TODOS PROFESIONALES QUE PUEDAN PRESCRIBIR UN ANTIBIOTICO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1034 ========== ***

Nº de registro: 1034

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE MARIA DE HUERVA

Autores:
MINGUEZA MOZAS ANA ISABEL, GIL DOMINGO ANDRESA, TORCAL POTENTE ANA, PEREZ VICENTE REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1034

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBBIOTICOS EN EL EAP DE MARIA DE HUERVA

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 18,8 (reducción de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje de DDD Fluorquinolonas. Objetivo 2019: 9,5% (reducción de 2 % respecto a 2018)
Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2019/1058

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO DE EXTRACCION DE SANGRE A DOMICILIO

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIVEL GASCON VAL
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR
SANCHEZ GARCIA ALICIA
CAVERO PEREZ INMACULADA
LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL
MATEO OLMOS RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Creado un grupo de trabajo para detectar fallos.
-Establecido protocolo de extracción a domicilio en residencias geriatricas y procedimiento de mejora si se precisa.
-Establecido indicadores de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han alcanzado los objetivos del proyecto.
-No hemos sobrepasado el numero de extracciones al año, que no se pudiesen entregar a tiempo para su transporte a laboratorio.
-El 95% de pacientes estaban preparados cuando la enfermera llegó al domicilio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con este proyecto, hemos conseguido, no tener demoras de extracciones a domicilio por la agrupación de los pacientes en Residencias, y por proximidad de domicilio. Los pacientes con previo aviso, estaban preparados y no se ha creado demora en el transporte de las muestras a laboratorio.
Hemos optimizado tanto recursos humanos como materiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1058 ========== ***

Nº de registro: 1058

Título
MEJORAR EL PROCESO DE EXTRACCION DE SANGRE A DOMICILIO

Autores:
GASCON VAL MARIVEL, FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR, SANCHEZ GARCIA ALICIA, CAVERO PEREZ INMACULADA, LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL, MATEO OLMOS RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: asistencia domiciliaria
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se detecta la necesidad en la población de nuestro Centro de Salud Miralbueno-Garrapinillos, de reorganizar los avisos de extracción de sangre a domicilio. Dada la dispersión geográfica y los pacientes inmovilizados, crónicos complejos pertenecientes a nuestra zona básica de salud, para poder atenderlos de manera adecuada, precisamos para ello, optimizar y mejorar los recursos existentes en el Centro de Salud, buscando la implicación de la Comunidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1058

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO DE EXTRACCION DE SANGRE A DOMICILIO

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar en la calidad de la asistencia
-Mejora de la gestión de los recursos

MÉTODO
-Crear un grupo de trabajo para detectar fallos.
-Establecer protocolo de extracción a domicilio en residencias geriatricas y procedimiento de mejora si se precisa.
-Establecer indicadores de mejora.

INDICADORES
-Crear un grupo de trabajo con 2 actas como mínimo anterior a la puesta en marcha del proyecto.
-No sobrepasar en dos extracciones al año, que no se puedan llegar a, entregar a tiempo para su transporte a laboratorio.
-Llegar al 70% de los pacientes que estén disponibles a tiempo cuando llega el enfermero al domicilio.

DURACIÓN
10/04/2019 primera reunión del Responsable del Proyecto con sus colaboradores.
30/04/2019, descripción del proyecto y reunión para comunicar resultados a los integrantes.
30/05/2019 lanzamiento (acuerdos de gestión)
01/09/2019 fecha prevista para su inicio.

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 - 2019/0495

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SUSANA SANCHEZ NAVARRO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA
GRIMA MOLINER JOSE LUIS
MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO
LOPEZ HERVAS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN

1. Difusión a Dirección de Enfermería Sector Atención Primaria Zaragoza III:

Se comunicó a la dirección de enfermería del sector sanitario el proyecto, quien lo desestimo por no considerarlo oportuno. Se desestimó esta indicación ya que esta actividad, desde nuestro punto de vista, no interfería ni con la cumplimentación de la cartera de servicios ni alteraba la seguridad del paciente
2. Difusión a miembros del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud Miralbueno
Se presentó el proyecto en sesión clínica el mes de marzo al equipo, para informarlo y pedir su colaboración, en la inclusión de pacientes

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS

1. Desde Médico de Atención Primaria: diagnóstico de pacientes con episodio de patología de manguito rotador, realización de ecografía inicial y derivación a la Unidad de Fisioterapia.

Tras el diagnostico médico del proceso se citaba al paciente a realización de ecografia en el centro de salud.
Se diseño una agenda donde se citaba a los pacientes, con un marco horario para esta actividad donde podían acudir los fisioterapeutas, sin alterar su agenda asistencial

2. Coordinación Médico Atención Primaria y Fisioterapeutas para la realización de ecografía postratamiento en la Unidad
Tras el informe de fisioterapia tras tratamiento el paciente era citado de nuevo desde la consulta del médico para realizar ecografia postratamineto

3. Creación de agenda para la citación de pacientes para la realización de ecografía una vez finalizado el tratamiento con el objetivo de valorar el estado del paciente y su alta en Unidad

Se utilizaba la misma agenda citada anteriormente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se citaron 19 ecografias previas a tratamiento, de las que consta la petición y el motivo de la petición de la ecografia
Se realizaron 19 tratamiento de fisioterapia. de los que consta el informe postratamiento de fisioterapia
Se hicieron 14 ecografias postratamiento, faltando 5 ecografias, este punto fue influido por fallos en la coordinación de OMI con el ecografo
De las 14 ecografias en 5 no consta informe postratamiento. También este punto fue influido por fallos de la coordinación informatica de OMI con el ecógrafo, cuestión actualmente resuelta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Resulta necesario implicar a los servicios directivos en la política de calidad de los centros de salud
Es necesario implicar mas a los miembros del centro e salud para aumentar el número de ecografias.
Hubo que solucionar problemas de integración del ecógrafo con OMI y con las agendas OMI, ya que ello nos hizo perder ecografias de control y sobretodo los informes de las ecografias. Actualmente estos problemas están resueltos, lo que indudablemente mejoraría los resultados obtenidos en el proyecto

7. OBSERVACIONES.
Consideramos necesario repetir el proyecto dado que los problemas informáticos han influido considerablemente en sus resultados

*** ========== Resumen del proyecto 2019/495 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0495

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO

Nº de registro: 0495

Título
IMPLEMENTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO

Autores:
SANCHEZ NAVARRO SUSANA, RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA, GRIMA MOLINER JOSE LUIS, MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO, ORTEGA LARRODE CRISTINA, LOPEZ HERVAS CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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 .: Otros
Otro tipo Objetivos: Instrumento útil y accesible a la Unidad de Fisioterapia para mejorar el tratamiento en las Unidades
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta en la Unidad de Fisioterapia del Centro de Salud de Miralbueno un aumento del número de pacientes con patología de manguito rotador. Los pacientes son derivados a dicha Unidad a través de su Médico de Atención Primaria o de los Servicios de Atención Especializada. Estos acuden con un diagnóstico de patología de manguito rotador acompañado, en muchas ocasiones, de una ecografía que confirma la patología.
En la Unidad de Fisioterapia se realiza una valoración inicial con la exploración fisioterápica y se consensuan las sesiones de tratamiento que se van a llevar a cabo. Al finalizar el tratamiento, se realiza una valoración final volviendo a explorar al paciente y registrando su evolución.
Se detecta la necesidad de comparar mediante ecografía final si hay cambios tras el tratamiento de fisioterapia y así poder comprobar su eficacia.
El proyecto va dirigido a los pacientes con patología de manguito rotador del Centro de Salud de Miralbueno, participando en él profesionales de: Medicina de Atención Primaria, Fisioterapia y Residentes de Medicina de Atención Primaria.
Los puntos clave para la puesta en marcha de este proyecto son:
-La gran frecuencia de patología de manguito rotador
-La larga duración de los procesos, que en un número considerables de pacientes, obliga al aumento del número de sesiones o sucesivas derivaciones del paciente a la Unidad.
-La dificultad de valorar la situación del paciente e indicar el alta, dada la subjetividad del proceso

RESULTADOS ESPERADOS
1. Comparación mediante ecografía, el estado del manguito rotador antes y después del tratamiento fisioterápico.
2. Valoración final fisioterápica con apoyo ecográfico
3. Comprobar la eficiencia de los tratamientos aplicados en las sesiones de fisioterapia
4. Aumento de la coordinación de la Unidad de Fisioterapia con el Médico de Atención Primaria en el proceso asistencial
5. Valoración de la manera más explicita posible la situación del paciente, usando los recursos del Centro de Salud
6. Dotar a la Unidad de Fisioterapia de un instrumento útil para la valoración final tras el tratamiento

MÉTODO
ACTIVIDADES DE FORMACIÓN
1. Formación de los fisioterapeutas del Centro de Salud Miralbueno en interpretación de ecografías.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN
1. Difusión a Dirección de Enfermería Sector Atención Primaria Zaragoza III
2. Difusión a miembros del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud Miralbueno

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS
1. Desde Médico de Atención Primaria: diagnóstico de pacientes con episodio de patología de manguito rotador, realización de ecografía inicial y derivación a la Unidad de Fisioterapia.
2. Coordinación Médico Atención Primaria y Fisioterapeutas para la realización de ecografía posttratamiento en la Unidad
3. Creación de agenda para la citación de pacientes para la realización de ecografía una vez finalizado el tratamiento con el objetivo de valorar el estado del paciente y su alta en Unidad

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN
1. Realización de ecografía previa a la derivación del paciente a la Unidad de Fisioterapia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0495

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO

2. Exploración y valoración inicial fisioterápica teniendo en cuenta la ecografía inicial, en la citación de primera visita en Unidad
3. Tratamiento fisioterápico en las sesiones consensuadas con el paciente
4. Valoración fisioterápica final y ecografía postintervención

INDICADORES
INDICADORES CUANTITATIVOS
-número de pacientes diagnosticados con patología de manguito rotador
-número de ecografías previas y posteriores al tratamiento fisioterápico

INDICADOR CUALITATIVO
-comparación de cambios ecográficos producidos pre y posttratamiento

DURACIÓN
A partir de Marzo:
-Difusión a la Dirección de Atención Primaria Sector III y EAP CS Miralbueno
-Puesta en marcga del Proyecto con los integrantes del EAP
y la Unidad de Fisioterapia
-Formación a los fisioterapeutas en el visionado e interpretación de ecografías junto con los Médicos de Atención Primaria
-Comienzo de derivación, por parte de los Médicos de Atención Primaria, de los pacientes diagnosticados con patología de manguito rotador con ecografía inicial

A partir de Mayo:
-Creación de agenda conjunta Médico Atención Primaria-Fisiotepia para citación de pacientes para realización de ecografía final tras el tratamiento en Unidad
-Registro de la comparación ecográfica en la valoración final de fisioterapia 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 - 2019/0521

1. TÍTULO

UNA EXCURSIÓN SALUDABLE

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA RODRIGUEZ ESCUREDO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ NAVARRO SUSANA
NAVARRO ZAPATA CARMEN
GASCON VAL MARIVEL
GARCIA ENTRENA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
? Organizativas
? Reunión miembros componentes del proyecto - Febrero 2019
? Reunión Directora del Colegio Rio Sena – Abril 2019
? Comunicación
? Difusión a Dirección de Enfermeria Sector III – Marzo 2019
? Sesión clínica explicativa al EAP de la actividad comunitaria a realizar – Mayo 2019
? Contacto telefónico con Colegio Público Río Sena para establecer colaboración y futura reunión de estar interesados en realizar el proyecto – Marzo 2019
? Intervención
? Visita al Centro de Salud de niños de 3° de Primaria (7-8años) – 3 clases
Día 14/6/2019 – 1 clase
Día 17/6/2019 – 2 clases
? Presentación de los profesionales del equipo
? Visita a las diferentes consultas del Centro
? Presentaciones Power Point con material audiovisual en sala de reuniones
? Talleres prácticos en Unidad de Fisioterapia
? Evaluación
? Encuesta de conocimientos pre y post-intervención
? Hoja a rellenar post-intervención de valoración: lo que más te ha gustado, lo que menos te ha gustado y dibujo (análisis documental)
? Materiales y recursos
? Presentación Power Point
? Vídeos de cada hábito saludable
? Vídeo presentación del Centro y sus profesionales
? Marcapáginas con decálogo hábitos saludables
? Talleres prácticos: mochila y material escolar, camillas simulando pupitres y sillas, fotos de alimentos, fotos del proceso de lavado de manos, toallas, jabón y grifo, phantoma con cepillo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
? Resultados – Objetivos
? Situación inicial – final
? Total encuestas iniciales = 65
? Nº encuestas favorables previas (4/6) = 62
? Total encuestas finales = 60
? Nº encuestas favorables postintervencion (4/6) = 60
? Grado de cumplimiento de objetivos
? Acercar el centro de salud a los niños: se ha cumplido el objetivo al acudir 60 niños a la visita al Centro de Salud.
? Participación
? 60 niños de 3º de Primaria (3clases) del Colegio Río Sena Miralbueno
? 2 Fisioterapeutas AP
? 1 Pediatra
? 1 Enfermera de Pediatría
? 1 Jefa de Admisión
? Objetivos no alcanzados – Efectos no previstos
? Cooperación continuada con Centro Educativo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
? Factores de desarrollo de proyecto
? Apoyo de Dirección de Enfermería Sector III
? Apoyo de coordinador médico y coordinadora de enfermería del Centro de Salud
? Reorientacion
? La información extraída del análisis documental nos hace replantearnos algunas de las charlas, talleres y vídeos para posterior modificación
? Sostenibilidad
? Lo ofertamos a otros colegios de la Zona Básica de Salud.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0521

1. TÍTULO

UNA EXCURSIÓN SALUDABLE

*** ========== Resumen del proyecto 2019/521 ========== ***

Nº de registro: 0521

Título
UNA EXCURSION SALUDABLE

Autores:
RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA, SANCHEZ NAVARRO SUSANA, NAVARRO ZAPATA CARMEN, GASCON VAL MARIVEL, GARCIA ENTRENA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Adquisión de Hábitos Saludables
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Aprendizaje de hábitos saludables de los escolares. Actividad comunitaria
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detectan en la población infantil, por parte de distintos profesionales de Atención Primaria y desde los Centros Educativos, unos hábitos inadecuados posturales, nutricionales, de higiene de manos y bucodental. Además se corrobora un desconocimiento del Centro de Salud, sus profesionales y las funciones que realizan lo que les genera miedo o desconfianza cuando tienen que acudir para recibir asistencia sanitaria.

Es necesario un aprendizaje correcto de estos hábitos saludables y crear un cambio de conducta desde la infancia consiguiendo con ello una disminución de problemas de espalda, alimentación, bucodentales o de infecciones a través de las manos. También es un aspecto positivo el que los niños se familiaricen con su Centro de Salud para que lo puedan asociar como un lugar seguro y de confianza.

La edad escolar y en concreto los 7-8 años es un momento idóneo para la educación en hábitos saludables de una forma completa.

El proyecto va dirigido a la población infantil de Segundo Curso de Educación Primaria de un Centro Educativo de la Zona Básica de Miralbueno, participando en él los profesionales de: Medicina Pediátrica, Enfermeria, Fisioterapia y Servicio de Admisión.

RESULTADOS ESPERADOS
-Promoción de hábitos saludables en población infantil abarcando higiene postural, alimentación saludable, salud bucodental e higiene de manos.
-Sensibilización de la familia y personal del Centro Educativo sobre la importancia de la educación en hábitos saludables en niños y los problemas derivados de unas conductas inadecuadas.
-Acercamiento de la población infantil al Centro de Salud, dando a conocer sus instalaciones, profesionales y las funciones de cada uno dando una visión del lugar "amigo, cercano y seguro"

MÉTODO
ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN
-Difusión a Dirección de Enfermería Sector Atención Primaria Zaragoza III
-Difusión a miembros del EAP Centro de Salud Miralbueno

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS
-Contacto mediante teléfono/email con Centro Educativo explicando el Proyecto y solicitando su colaboración si lo considera necesario para sus alumnos
-Reunión con Centro Educativo, Jefe de Estudios y Tutores del curso implicado, para presentación de la actividad y explicación de los aspectos a trabajar en el aula previos a la visita de los niños a Centro de Salud, además de recogida de necesidades específicas de sus alumnos

ACTIVIDADES DE PREPARACIÓN DE LA ACTIVIDAD
-Elaboración de video de presentación del Centro de Salud por los profesionales implicados en el Proyecto
-Elaboración de presentaciones Power Point como apoyo a la explicación teórica para visualización en la intervención
-Elaboración de videos explicativos adecuados a la edad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0521

1. TÍTULO

UNA EXCURSIÓN SALUDABLE

-Elaboración de encuesta para alumnos que realizarán antes y despues de intervención sobre conceptos aprendidos
-Preparación de talleres de higiene de manos, higiene postural, alimentación saludable e higiene bucodental
-Preparación de póster para colocación en Centro Educativo posterior a intervención

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN
-Intervención comunitaria a través de una visita de los niños al Centro de Salud que constara de 2 partes:
1. Visita del Centro de Salud enseñando las consultas/unidades y presentando a los profesionales
2. Exposición teórica mediante presentaciones adaptadas a la edad sobre los temas relacionados con la salud según las necesidades expresadas por Centro Educativo anteriormente. Realización de talleres prácticos. Encuestas a los niños antes y después de la intervención

-Visita de los profesionales sanitarios al Centro Educativo para la realización de una segunda intervención a traves de pósters didácticos visuales

INDICADORES
INDICADOR CUANTITATIVO
Número de encuestas realizadas favorables (4 o más contestadas correctamente de 6 preguntas) después de la intercención a los niños que han participado

INDICADOR CUALITATIVO
-Opinión/Sensación de los tutores en realición al cambio de conducta observado posterior a la intervención en relación a los hábitos saludables
-Elaboración por parte de los niños de dibujos y carteles sobre su visita

GRADO DE PARTICIPACIÓN
Número de niños participantes en el proyecto

DURACIÓN
Marzo
-Difusión a la Dirección de Atención Primaria Sector III Zaragoza y al EAP Centro de Salud de Miralbueno
-Contacto vía email/teléfono con Centro Educativo para explicación del proyecto y confirmar reunión

Marzo y Abril
-Elaboración de video presentación del Centro de Salud
-Elaboración de Power-Points para la exposición teórica
-Elaboración de encuestas para evaluación
-Elaboración de videos explicativos de teoría
-Preparación de material necesario para talleres

Mayo-Junio y curso escolar 2019-2020
-Intervención en Centro de Salud con la visita de los niños
-Segunda intervención en los Centros Educativos con preparación de poster 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 - 2019/0990

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION CALENDARIO VACUNAL EN EL ADULTO C.C MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ..... ALICIA SANCHEZ GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRIMA MOLINER JOSE LUIS
MORATO GARCIA ANA
GARCIA ENTRENA MERCEDES
MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO
LOMBAR GIMENO MARIA JOSE
MARTINES ESPLIGARES LAURA
CAVERO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CADA ENFERMERO DE CUPO REALIZO ANAMNESIS -ENTREVISTA CALENDARIO VACUNAL ADULTO;SE REALIZO CAPTACION OPORTUNISTA POR CUPO (MEDICO DERIVABA A ENFERMERIA);SE INTENTO SACAR LISTADOS DE ADULTOS CON SERVICIO 301 PARA CONOCER DATOS ESTADISTICOS PERO BIELSA DIJO QUE COMPLICADO POR DEPENDER DE MUCHAS VARIABLES.
INDICADORES USADOS EN ESTE PROYECTO:% VACUNAS ADMINISTRADAS EN ADULTOS (CUANTITATIVO):neumococo23,tetanos (65 años) y papiloma VPH,tb se intento % numero de anamnesis -entrevista verde bien rellenada,solicite datos a Diana por correo y telefono pero no me fueron enviados,encontre dificultades para explotar los datos de mi centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el corte realizado desde 1-enero 19 al 25-octubre 19
tenemos identificados 127 Neumococo adultos polisacaridos
53 Tetanos Difteria 65 años
212 de Papiloma VPH

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha realizado y ofertado este servicio a bastante poblacion adulta y se les ha informado de lo importante q es estar inmunizado contra enfermedades que actualmente no se han erradicado y la proteccion que deberiamos tener con otras para evitar riesgos.

7. OBSERVACIONES.
La poblacion adulta es reacia a ponerse ciertas vacunas

*** ========== Resumen del proyecto 2019/990 ========== ***

Nº de registro: 0990

Título
IMPLEMENTACION CALENDARIO VACUNAL EN EL ADULTO C.S. MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Autores:
SANCHEZ GARCIA ALICIA, GRIMA MOLINER JOSE LUIS, MORATO GARCIA ANA, GARCIA ENTRENA MERCEDES, MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO, LOMBAR GIMENO MARIA JOSE, MARTINEZ ESPLIGARES LAURA, CAVERO PEREZ INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son dos de las principales misiones de la AP de salud marcados en la constitución española.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0990

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION CALENDARIO VACUNAL EN EL ADULTO C.C MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Es obligación de los centros de AP implementar las estrategias diseñadas para este objetivo. El SALUD ha diseñado un nuevo calendario vacunal para el adultoy es nuestra obligación su implementación.
Los usuarios del C.S. en edad adulta no son conscientes de la importancia de la vacunación, es por ello necesario desarrollar estrategias de motivación del personal sanitario y de la pobleción.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar el calendario vacunal a la población mayor de 15 años
Aumentar la cobertura de vacunación del adulto
Establecer estrategias para el desarrollo del nuevo servicio

MÉTODO
1. crear un grupo de trabajo que desarrolle las estrategias a seguir. Abril 2019
2. Presentar las estrategias al equipo de salud Miralbueno-Garrapinillos. Junio 2019
3. Desarrollar las estrategias consensuadas. Julio 2019- Jjulio 2021
4. Establecer criterios e indicadores de evaluación. Junio 2019
5. Corte de evaluación del desarrollo del servicio. Julio 2020 y Enero 2021
6. Establecer nuevos criterios en función de los resultados de la evaluación. Septiembre 2020/ Marzo 2021

INDICADORES
Actas de la reunión del grupo de trabajo. 2 Actas por año
Porcentaje de adultos con revisión del calendario vacunal en 2021 50%
Porcentaje adultos con calendario vacunal correcto / nº total de adultos. 30%

DURACIÓN
De Abril 2019 a Dic 2021.
1. crear un grupo de trabajo que desarrolle las estrategias a seguir. Abril 2019. Responsable: Mercedes García
2. Presentar las estrategias al equipo de salud Miralbueno-Garrapinillos. Junio 2019. Responsable Alicia Sanchez
3. Desarrollar las estrategias consensuadas. Julio 2019- Julio 2021. Responsable Ana Garcia Morato
4. Establecer criterios e indicadores de evaluación. Junio 2019. Responsable Jose Luis Grima
5. Corte de evaluación del desarrollo del servicio. Julio 2020 y Enero 2021. Responsable José Antonio Montiú y Maria José Lombar.
6. Establecer nuevos criterios en función de los resultados de la evaluación. Septiembre 2020/ Marzo 2021. Responsables Mercedes García Entrena y Laura Martinez

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 - 2019/0992

1. TÍTULO

ATENCIÓN URGENTE AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LOMBAR GIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRIMA MOLINER JOSE LUIS
SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL
CHABBAR BOUDET ALICIA YUMEN
MATEO OLMOS RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión clínica de actualización del S. coronario.
Sesión clínica presentación cheklist del proceso asistencial (primera quincena enero/2020)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante este año se han aplicado el protocolo a 11 pacientes que acudieron al centro de Salud refiriendo dolor torácico.
En 8 de ellos se cumplió el objetivo de tiempo Primer Contacto Médico lectura de ECG por un médico con formación para hacerlo fuera < a 10 minutos. En dos de ellos no se cumplió este objetivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente de mejora, registro en el informe de la fecha del evento en todos los casos.
Pendiente, sesión informativa farmacología "·lo que todo médico debe de saber en el s. coronario agudo"

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/992 ========== ***

Nº de registro: 0992

Título
ATENCION URGENTE AL SINDROME CORONARIO AGUDO

Autores:
LOMBAR GIMENO MARIA JOSE, GRIMA MOLINER JOSE LUIS, SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL, CHABBAR BOUDET ALICIA YUMEN, MATEO OLMOS RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

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

PROBLEMA
LA atencion a la patologia urgenmte en atenciuón primaria, es una situación habitual y exige protococlizar las actividades
En numerosas ocasiones el centro de salud es el primer contacto del paciente con sindroma coronario con el sistema sanitario.
Esto exige un conocimiento preciso de la pauta a seguir por parte de todos los profersionales del centro de salud implicados en su asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Formacion continuada a los profesionales del cenbtro en la atención al pacietne con sindrome coronario agudo. PLanteando un sistema continuo de actualizacion en este proceso.
2.- Consensuar el proceso asistencial.
3.- Establecer sistema de monitorización, que permita la evaluación del proceso, para evaluarlo y establecer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0992

1. TÍTULO

ATENCIÓN URGENTE AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

punto de mejora

MÉTODO
Sesiones clinicas dirigidas a la actualización de los conocimientos sobre elsindrome coronario agudo.
Establecer el proceso asistencial e identificar fallos y establecer puntos de mejora.

INDICADORES
2 sesiones clinicas dirijidas a la actualización del sindrome coronario agudo
Establecer un Cheklist asistencial
Evaluacion de la cumplimentacion de los Cheklist

DURACIÓN
Sesion clinica de iniciaion al proceso -Mayo 2019
Sesion clinica de presentacion del cheklist - Septiembre 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 - 2019/1031

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTIÓN DEL ALMACÉN, MATERIAL FUNGIBLE Y FARMACOLÓGICO DEL C.S. MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELENA MAGAÑA JULIAN
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ENTRENA MERCEDES
MATEO OLMOS RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se crea un grupo de trabajo responsable para la revisión mensual. Se realiza acta
Se crea plantilla de listado de caducidad
Se crea plantilla de rotura de stock
Se crea calendario de revisión de caducidades de almacén y farmacia
Sesión informativa al equipo. Se realiza acta
Hojas informativas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mayor implicación del equipo, aumento de control tanto en consumo de fármacos como en caducidades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El control de caducidades y rotura de stocks es indispensable para una buena gestión del almacén, por lo que dicho proyecto debería replicarse en años posteriores

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1031 ========== ***

Nº de registro: 1031

Título
CONTROL Y GESTION DEL ALMACEN, MATERIAL FUNGIBLE Y FARMACOLOGICO DEL C.S. MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Autores:
MAGAÑA JULIAN ELENA, GARCIA ENTRENA MERCEDES, MATEO OLMOS RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

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

PROBLEMA
En ocasiones encontramos el almacen de un centro sanitario desorganizado, con un exceso de stock en articulos que tienen una rotación escasa, y por otro lado un desabastecimiento o rotura de stock en productos de uso muy frecuente.
La colocación y ubicación del producto, en ocasiones nada tiene que ver con lo conveniente para una rápida dispensación y obligada revisión de caducidades.
La gestión de los recursos de un almacen en un C.S. es responsabilidad de los profesionales del centro.
Los recursos deben ser adecuados en cantidad y pertinencia para las necesidades del centro.
En nuestro centro esta función recae en el personal de enfermería que debe compaginarla con el resto de sus funciones.
Consideramos pertinente protocolizar las actividades a desarrrollar para realizar un correcto control y gestión del almacén y farmacia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1031

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTIÓN DEL ALMACÉN, MATERIAL FUNGIBLE Y FARMACOLÓGICO DEL C.S. MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

RESULTADOS ESPERADOS
Gestionar con eficacia y efectividad el almacen y la farmacia del C.S. Miralbueno-Garrapinillos

MÉTODO
1. Motivar al resto de profesionales del C.S. sobre la importancia de este proyecto
2. Sesión clínica informativa sobre la pertinecia del proyecto
3. Priorizar las actividades para establecer una correcta gestión del almacén: crear grupo de trabajo que estudie y plantee las actividades a realizar .
4. Implementar los procedimientos consensuados: actividades : 1. sesión informativa al resto del equipo 2. Nombrar responsables de la gestión del almacén y farmacia.

INDICADORES
Acta sesión clínica informativa
Acta creación grupo de trabajo
Establecer calendario de revisiones de almacen y farmacia: roturas de stock, caducidades, etc

DURACIÓN
Sesión informativa y creación de grupo de trabajo: junio 2019
Establecer procedimientos : septiembre 2019
Evaluación y planteamiento de modificaciones necesarias: 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 - 2019/1063

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DEL MALETÍN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA ACIN LACASA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ PEÑA PILAR
GARCIA ENTRENA MERCEDES
GIL UÑEZ CARMEN
SIMON LOBERA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formar equipo de trabajo: comunicación directa y vía whatsapp.
Hacer listado de medicación y material detallado por unidades.
Revisar caducidad del maletín, tanto medicación como material, mensualmente, con la firma de la persona responsable.
Comunicar al equipo que se debe reponer lo usado y anotar la caducidad de lo repuesto.
Anotar medicación o material retirado por caducidad en su hoja correspondiente.
Establecer turnos para dicha revisión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Listado de material y fármacos revisado mensualmente y adecuado a las necesidades de urgencia.
Localización conocida y accesible por parte de todo el personal.
Chequeo periódico del contenido del maletín.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es imprescindible en un servicio de urgencias de AP tener el maletín en perfectas condiciones de uso, para, en caso de urgencia en el exterior, dar una respuesta rápida y eficaz al problema que se nos presente.
Dada la amplia extensión de nuestro C.S. se plantea la necesidad de usar un maletín más grande y con ruedas para transporte, para las necesidades que se puedan plantear en los avisos domiciliarios, por lo que necesitamos llevar material de curas, sondaje, nebulizaciones, ... además del específico de urgencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1063 ========== ***

Nº de registro: 1063

Título
ADECUACION DEL MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
ACIN LACASA MARTA, RODRIGUEZ PEÑA PILAR, GARCIA ENTRENA MERCEDES, GIL UÑEZ CARMEN, SIMON LOBERA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

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

PROBLEMA
La asistencia domicilairia urgente precisa el trasporte hasta el domicilio del material necesario para la sistencia al paciente.
Este ha de ser adecuado en cuanto al tamaño y contenido para poder ser transportado.
El maletin de urgencias actual tiene un tamaño que hace dificil su traslado y manejo en una urgencia, por lo que consideramos pertinente consensuar entre los profesionales la idoneidad del maletin

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1063

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DEL MALETÍN DE URGENCIAS

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar la asistencia urgente domiciliaria
Facilitar que todos los profesionales conozcan el maletin y consensuen su contenido.
Facilitar el transporte del maletin a domicilio

MÉTODO
Formar un equipo de trabajo responsable del proyecto.
Establecer criterios de contenido del maletin y responsable de actualización. y revison de caducidades
Establecer criterios de distribución del maletin
Comunicar al equipo las modificaciones desarrolladas en el maletin de urgencias y criterios de mantenimiento

INDICADORES
Acta de formacion del equipo responsable.
Hoja de registro de contenido de maletin, reposicion y caducidades.
Hoja de responsables y periodicidades de revision del maletín
Acta de presentacion del nuevo maletin al equipo

DURACIÓN
Acta de formacion del equipo responsable ---- Mayo 2019
Hojas de registro ---------- Junio 2019
12 hojas de revison delmaletín / 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 - 2019/1106

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO MONTIU PEMAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ISANTA POMAR CARLOS
ARBUES PALACIOS JUAN CARLOS
BOROBIO FLORIAN ALFONSO
GIL UÑEZ CARMEN
SANZ MARTINEZ DIANA
GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA
MARTINEZ ESPLIGARES LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han impartido dos Sesiones Clínicas a lo largo del año. El 9 de abril SESIÓN IRASPROA INFECCIONES RESPIRATORIAS y el 25 de septiembre SESIÓN IRASPROA INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO. Ambas dirigidas a todo el personal del Centro de Salud.

Una reunión explicativa de los Informes de Consumo Antibiótico dirigida a personal médico en diciembre de 2019.

Dos reuniones del grupo IRASPROA en nuestro Centro de Salud el 3 de abril y el 24 de octubre pasados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Estos son los resultados de los diferentes Indicadores propuestos en el proyecto:

1. Porcentaje de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
La totalidad de los médicos y pediatras de nuestro Centro de Salud han recibido información sobre sus indicadores de utilización de antibióticos.
En las distintas Sesiones Clínicas y reuniones informativas impartidas a lo largo del año se han comentado los resultados trimestrales de la situación del Centro, Sector y Comunidad.

2. Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

2.1 Porcentaje de DDD de antibióticos de espectro reducido. Objetivo 2019: 30,5% (aumento de 2% respecto a 2018)

Partíamos de una cifra del 27,9% en 2018 y el objetivo propuesto era aumentar un 2% esa cifra. Según el informe del SALUD acumulado de enero a septiembre de 2019 el porcentaje DDD de espectro reducido/ DDD del total de antibióticos es del 31,1% lo que mejora notablemente los objetivos propuestos. Aun así el porcentaje es inferior a los resultados del Sector III y de Aragón, lo que implica continuar mejorando progresivamente este porcentaje.

2.2 Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico (%). Nº envases de amoxicilina / [nº envases de (amoxicilina + nº envases amoxicilina clavulánico)] x 100 (alcanzar el 50% el porcentaje de amoxicilina frente a amoxicilina clavulánico, es decir, un aumento de un 2,3% respecto a 2018)

Basándonos en el último informe del Salud en enero de 2019 partíamos de un 48,4 % y nuestro objetivo de mejora era aumentar un 2,3 % para alcanzar al menos la cifra del 50% .
El resultado es que hemos alcanzado un 54,1 %, cifra notablemente superior al objetivo propuesto. La cifra es comparable al resultado del Sector pero inferior a la de la Comunidad por lo que continuará siendo considerado como oportunidad de mejora de calidad de nuestro Centro.

3. Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.
Durante 2019 el responsable de IRASPROA ha impartido dos sesiones en nuestro Centro de Salud.

9 de abril SESIÓN IRASPROA INFECCIONES RESPIRATORIAS
100% de Médicos titulares disponibles
50% de personal de Enfermería disponible
100% de pediatras
50% de los médicos residentes disponibles

25 de septiembre SESIÓN IRASPROA INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO
75% de Médicos titulares disponibles

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1106

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

83% de personal de Enfermería disponible
100% de pediatras
100% de los médicos residentes disponibles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este segundo proyecto IRASPROA en nuestro Centro de Salud se ha consolidado la implicación y participación de todos los profesionales en el uso adecuado de los antibióticos y la magnitud del problema al que nos enfrentamos.
Los indicadores propuestos se han alcanzado en su totalidad superando los estándares propuestos en varios de ellos.
Es necesario la continuidad en este esfuerzo para lograr alcanzar metas más ambiciosas en los resultados y lograr acercarnos progresivamente a los objetivos recomendados. Para ello hay que seguir con las reuniones IRASPROA en nuestro Centro, la información periódica de la situación individual de cada profesional y su comparación con resto de los profesionales del Centro, Sector, Comunidad y también con los objetivos de Calidad de otros países más avanzados en este tema.
Queda pendiente para este años las Sesiones sobre utilización de antibióticos en infecciones dermatológicas y de transmisión sexual.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1106 ========== ***

Nº de registro: 1106

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Autores:
MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO, ISANTA POMAR CARLOS, ARBUES PALACIOS JUAN CARLOS, BOROBIO FLORIAN ALFONSO, GIL UÑEZ CARMEN, SANZ MARTINEZ DIANA, GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA, MARTINEZ ESPLIGARES LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1106

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
+ % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
+ Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-Porcentaje de DDD de antibióticos de espectro reducido. Objetivo 2019: 30,5% (aumento de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico (%). Nº envases de amoxicilina / [nº envases de (amoxicilina + nº envases amoxicilinaclavulánico)] x 100 (alcanzar el 50% el porcentaje de amoxicilina frente a amoxicilina clavulánico, es decir, un aumento de un 2,3% respecto a 2018)
+ Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2016/1320

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES EN EL PARQUE OLIVER

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MANUEL LOPEZ GRANADA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO VELILLA MARIA ISABEL
GASCON BRUMOS CARMEN
GARCIA RUIZ PILAR
PAMPLONA CIVERA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1/ 7 de febrero: Reunión del grupo de trabajo para:
Realización de trípticos informativos.
Realización de carteles informativos para colocar en el centro de salud.
Realización de plantillas de seguimiento, para registrar número de participantes en cada sesión e incidencias. Se realizó en carpeta compartida en drive
Reparto de tareas

2/ 12 de febrero, 14:30 h. Reunión de colaboración para la actividad con:
- Coordinadora del parque Oliver
- Centro ocupacional y residencia Santo Ángel
Explicando el proyecto de continuidad de los Paseos saludables con la finalidad que tras el verano sean no sean tutorizados por los enfermeros del centro de salud; intentando que continúen autónomos los participantes. Aparte de conseguir continuar no tutorizados, evitaríamos la situación gravosa de los enfermeros acompañantes, ya que lo realizan fuera de su horario habitual y sin compensación alguna.

3/ 28 de febrero de 2019: Sesión informativa a miembros CS sobre la continuidad de la actividad y su pertinencia. Explicamos a los compañeros del centro los objetivos importantes del proyecto de mejora.
- Actividades a realizar en el proyecto.
- Población diana.
- Entrega de trípticos, que permanecerán en el mostrador de admisión del centro de Salud durante todo el año

4/ 21 de marzo. Reunión del grupo para realizar:
- Encuesta de hábitos higienice dietéticos para entregar al iniciar la actividad y finalizar la actividad
- Encuesta de satisfacción
5/ Febrero a diciembre de 2019: Captación de pacientes en las consultas.
6/ Febrero a Junio, y de septiembre a octubre; actividad Paseos:
Salida a caminar los martes de 15.30 a 16:30 h. (excepto mes de junio que se realizará en horario 10:00 a 11:00h) en el parque Oliver.
Cada día al inicio de la actividad, se realizará Educación Sanitaria sobre beneficios del deporte y alimentación saludable. Los participantes de la actividad irán acompañados de una enfermera del Centro de Salud hasta el mes de junio
7/ 9 de abril Tras paseo 17 h Café de los participantes con recogida de encuesta inicial.
8/ Septiembre 2019, Inclusión como “activo de salud” la actividad dentro de la estrategia Comunitaria, y comunicación al resto de Equipo del Centro de Salud
9/ Septiembre a diciembre, continuidad de la actividad sin el acompañamiento de enfermería, promoviendo la autonomía del grupo.
El grupo de Fundación Santo Ángel seguirá tutorizado por técnicos deportivos de la Fundación
10/ 22 de octubre, Exposición de la actividad en la Mesa de Agentes Oliver y promocionándolo, con el resultado de realizar Paseos intergeneracionales y de convivencia, proyecto a desarrollar en 2020
11/ 13 de diciembre de 2019 “I Paseo intergeneracional: paseando entre Villancicos” en el cual participa el grupo de “Paseos saludables”, usuarios del centro Comunitario, Residencia Ozanam, La bezindalla y Instituto Educación secundaria María Moliner
12/ 17 de Diciembre 2019: Entrega y recogida de encuestas finales
13/ 9 de enero 2020: Se reunirá el grupo de trabajo para recompilaran todas las encuestas recogidas de la población que ha participado en la actividad, se valorara y evaluara la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Conseguir que sin tutorización continúe la actividad de paseos saludable
2- Actividad que ha aumentado el número de días/semana, de lunes a jueves en horario de mañana
3- Punto de partida para colaboración con otras entidades para realizar paseos intergeneracionales y de relación entre varias entidades

4-Tras realizar las encuestas, hemos obtenidos los datos siguientes:
1. Todos los participantes que finalicen la actividad, habrán mejorado sus conocimientos sobre los hábitos higiénico dietéticos.
2. El 66% de los participantes inscritos en la actividad, completaron el total de las sesiones. . En el grupo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1320

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES EN EL PARQUE OLIVER

de Santo Ángel el 90%
3. El 71% de los pacientes, mostrarán alta satisfacción con las relaciones personales alcanzadas gracias a esta actividad comunitaria.
4. El 71% de los pacientes se mostró satisfecho o muy satisfecho con la actividad comunitaria realizada.
Hay que tener en cuenta datos pueden estar sesgados ya que la encuesta final ha sido respondida por menos participantes que la inicial y se le ha aplicado el denominador de paseantes iniciales. Sin embargo se ha conseguido superar los indicadores estándar del proyecto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoracion global es muy positiva, se consigue motivar a caminar y a realizarlo en grupo, con muy importante mejora de las relaciones interpersonales, contacto con la naturaleza e indirectamente mejorando el riesgo cardiovascular. Manteniendo el hábito sin el acompañamiento de los profesionales del centro.
Valoración del grupo, excelente, con voluntariedad, con gran capacidad de crear alianzas de relación,...
Proyecto sostenible en el tiempo, aunque sería conveniente evaluarlo 2/3 veces al año, para ver su evolución o dificultades que puedan surgir.
Proyecto replicable, desarrolandose en etapas progresivas; iniciando acompañamiento, valorando posteriormente las riquezas del grupo, características de cada paseante, su valor como líder, el entusiasmo,…

7. OBSERVACIONES.
Ha sido fundamental, no sólo el paseo, sino el café compartido tras el mismo. Las relaciones personales han sido más numerosas, más conocimiento de los demás, con ambiente óptimo para compartir.
Que el grupo autónomo pasee más días, está consiguiendo una actividad, no sólo física sino de relación personal y combatiendo la soledad (varias paseantes viven solas)
El grupo ha sido mayoritariamente femenino; se tendría que analizar las causas para intentar atraer a población masculina.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1320 ========== ***

Nº de registro: 1320

Título
PASEOS Y SALUD EN OLIVER

Autores:
LOPEZ GRANADA MANUEL, OLIVEROS BRIZ TERESA, MARTINEZ BURGOS BEATRIZ, GASCON BRUMOS CARMEN, CAROD BENEDICO ETHEL, TAPIA RUIZ MARIA, GUILLEN BALLARD TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

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

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

PROBLEMA
La estrategia 2011-2016 pasear de promoción de alimentación y actividad física saludable en Aragón se origina en el plan estratégico de salud pública de Aragón 2006 .Uno de sus ámbitos de actuación es el comunitario y dentro de este unos de los objetivos es promover entornos físicos que faciliten a los ciudadanos la práctica cotidiana de actividad física.El parque Oliver es un espacio idóneo para facilitar la práctica de la actividad física. Varios de los objetivos del proyecto del centro de salud "Recursos para tu salud" son: Fomentar la salud física mental y social desde el punto de vista holístico. Abordar la salud medioambiental y la importancia que tienen los entornos saludables en nuestras vidas.En el mapeo de activos en salud de la fiesta de otoño de 2013, los vecinos del barrio Oliver señalaron en mayoría al parque del oeste de Oliver como recurso importante y saludable del barrio.La coordinadora del parque también promueve que el parque se utilice por los vecinos.Hay un recurso del barrio que es el proyecto de animación deportiva.Con lo que en marzo de 2014 comenzamos a utilizar el parque como recurso saludable del barrio para realizar el proyecto paseos y salud.Centro de salud, coordinadora del parque y proyecto de animación deportiva del barrio.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1320

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES EN EL PARQUE OLIVER

Aumentar el nivel de salud y calidad de vida de la población de la zona de salud de Oliver a través del ejercicio físico.Aumentar el número de personas que caminan en la zona de salud de Oliver.Establecer relaciones con otros vecin@s del barrio.Promover caminar por el parque como un activo de salud del barrio, la limpieza y el respeto por el parquer, la igualdad de género señalando la importancia de que todas las personas necesitan realizar ejercicio y relacionarse.Empoderar a l@svecin@s en sus capacidades y su autocuidado

MÉTODO
Breve saludo y evaluación de cómo nos encontramos. Se comenta alguna novedad, noticia, actividad o algún concepto de salud.5-10'.movilización y estiramientos10'.caminar-50'.estiramientos-5-7'preparación para el ejercicio y recuperación a través de ejercicios de movilización y estiramientos.caminar por el parque por diferentes itinerarios según capacidad y condición física,aumentando intensidad y resistencia.se establece diálogo y relaciones durante todo el proceso con apoyo de los monitores y vecinos activos.Se aprovecha después de los estiramientos de hablar de hábitos saludables y compartiendo experiencias y conocimientos.De forma transversal en todas las actividades se dialoga en diferentes formas de organizarse para que todos los miembros de la familia o unidad de convivencia, puedan acudir a la actividad de paseos y salud y a cualquier otra actividad.Mapeo de grupos estables que caminan por el parque para ofertar en las consultas y en otros proyectos.Actividades de conocimiento de los diferentes rincones del parque, Utilización e historia del mismo.En algunas sesiones se utilizan podómetros para tomar conciencia de los pasos que se dan y lo que se recomienda.Se utilizan los aparatos de gimnasia del parque se han hecho sesiones de enseñar ejercicios de tonicidad y elasticidad.De la técnica correcta de caminar, respiración y relajación:la importancia de conectar con nuestro cuerpo, con la naturaleza y nuestro entorno en un momento de silencio, teniendo en cuenta todos los ruidos y prisas que nos acompañan diariamente.Diez minutos de hablar y comentar beneficios de la actividad física y situaciones de salud. Café- tertulia (30-45')hablando de diferentes situaciones de salud,se enseñara a tomar pulso radial, intercambiando consejos .A principios de año se ha metido en un bote de cristal un objetivo de salud a conseguir este año.Al finalizarlo en la evaluación abriremos el bote para recordar objetivos y evaluaremos conjuntamente en que medida se han alcanzado,porque y futuro.En una libreta vamos anotando remedios sencillos de salud que nos resultan útiles para difundirlo este año o el que viene entre los vecinos

INDICADORES
Encuesta de satisfacción,dafo,actividades realizadas,actas al finalizar el proyecto.Metodologia accion-participacion.y cualitativa.Sesion clinica en junio al equipo y presentacion al consejo de salud en junio..Evaluación:numero,fechas de reuniones y actas.Memoria anual

DURACIÓN
DE ENERO A JUNIO Y DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2017 paseo y ejercicios: martes de 15,30 a 16, 30.café u otra actividad de16,30-17h.en junio martes 9,30-10,30 paseo y ejercicios. Café u otra actividad de10,30-11h.Reuniones de evaluacion con agentes dos veces /año-enero y junio o septiembre.Evaluacion con agentes y paseantes una vez año-diciembre-enero .Una sesión clinica al equipo en junio.Presentaciónen consejo de salud.Memoria en 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 - 2018/1090

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD OLIVER

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAFAEL RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL
HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION
MINGOTE TIZNER MARIA TERESA
VIVANCO SANZ DOLORES
ESCOLANO PARDO DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. SESIONES ORGANIZATIVAS
SESIONES CLINICAS SOBRE: INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP
2 DE DIABETES
2 DE DISLIPEMIA
2 DE ANTICOAGULANTES ORALES
CARDIOPATIA ISQUEMICA

5. RESULTADOS ALCANZADOS. CONOCIMIENTO DEL ESTADO ACTUAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA Y EN ARAGON
VALORACION DE LA SITUACION ACTUAL DEL PROBLEMA, JUZGANDO EL ESTADO ACTUAL Y ENFOCANDO LAS POSIBLES ACTUACIONES HACIA LA MEJORA EN CONOCIMIENTOS Y COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES
MEJORA EN LA INSCRIPCION EN OMI DE LOS PLANES PERSONALES Y ACTIVIDADES CLINICAS Y PREVENTIVAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. APRENDIZAJE EN LA VALORACION DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA
AUMENTO DE COMPETENCIAS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE
MEJORA EN EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO
MEJORA EN LA ANOTACION EN OMI DE LOS PLANES PERSONALES DE LOS PACIENTES

7. OBSERVACIONES. SE DEBE SEGUIR ACTUALIZANDO CONOCIMIENTOS Y COMPETENCIAS EN INSUFICIENCIA CARDIACA Y EN CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, EN UN TRABAJO MULTIDISCIPLINAR CON TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO.

========== Proyecto correspondiente ==========

Nº de registro: 1090

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INUSFICIENCIA CARDIACA EN EL CS OLIVER

Autores:
SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO, SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL, ALONSO LEJ ELENA, HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION, MINGOTE TIZNE TERESA, GARCIA LANZUELA MARIA FERNANDA, VIVANCO SANZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

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
HAY VARIABILIDAD, BAJA COBERTURA Y DESIGUALDAD EN LA ATENCIÓN A LA INSUFICIENCIA CARDÍACA, ESCASA INTEGRACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y PREVENTIVAS EN EL PROCESO Y UN DESPLIEGUE DE MEDIOS EN DIAGNÓSTICO, TERAPIAS Y CUIDADOS QUE NO REPERCUTEN LO ESPERADO

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA IC
REDUCCIÓN DEL USO URGENTE DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1090

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD OLIVER

AUMENTAR LA COBERTURA DE LA VACUNACÓN ANTIGRIPAL Y ANTINEUMOCÓCICA
POTENCIAR CUIDADOS
ADECUAR EL TTO FARMACOLÓGICO

MÉTODO
FORMACIÓN
VÍA /GUÍA CLÍNICA: CARDIOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, A PRIMARIA
REFERENTES RÁPIDOS
COMUNICACIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO CON MEDICINA INTERNA, CONSEJO DE SALUD

INDICADORES
MEJORA DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS
DISMINUCIÓN DE INGRESOS POR REAGUDIZACIÓN DE LA IC
CUIDADOS EN IC % IC CON VACUNACIÓNANTIGRIPAL/ANTINEUMOCÓCICA
%PACIENTES CON PLAN DE CUIDADOS
ADECUADOS TTOS, REVISION

DURACIÓN
1 AÑO
CAMBIOS, TRAS CONSENSUAR VÍA CLÍNICA
FORMACIÓN: sesiones / gestión de casos / referentes rápidos
EVALUACIÓN
COMOOUNICACIÓN

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 - 2018/1156

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

Fecha de entrada: 03/02/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GASCON BRUMOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAROD BENEDICO ETEL
CASADO VELILLA MARIA ISABEL
GARCIA RUIZ MARIA PILAR
PAMPLONA CIVERA ANA MARIA
LOPEZ GRANADA MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Acta de Constitución de GRUPO DE TRABAJO Comunitaria Oliver
AGENDA COMUNITARIA: Renovación, junio 2019

Diseño y realización de mapa de recursos del Barrio Oliver; inicio para convertir esos recursos en activos de salud. https://drive.google.com/open?id=1LMoO6pl0Qzy8CzCL4DNf0MVIUcFnZcbz&usp=sharing
Introducción en OMI el activo: Paseos Saludables
REUNIONES DEL GRUPO DE COMUNITARIA en año 2019
7 febrero, 9 abril, 21 mayo, 10 septiembre, 22 octubre y 3 diciembre; planteando dinámica, recomendación de activos, realización de PowerPoint y exposición al AEP Oliver, evaluar actividades, comunicar activo Paseos saludables, creación cuenta correo para Comunitaria, realización mapa de recursos en drive,…
Reunión PACAD ARAGON, 17 mayo

SESIONES COMUNITARIA OLIVER
· Inicial de Estrategia, posibles proyectos comunitarios y de calidad, voluntarios para incorporarse al Grupo de Trabajo, 19 febrero.
· Dirección de Centro de Mayores Oliver, su inclusión de como activo de salud en Estrategia comunitaria
· Presentación de la Estrategia comunitaria, agenda y proyecto; 18 abril, al EAP Oliver. Desarrollo, actividades y mapa de recursos.
· Prescripción de activos en OMI-AP, derivaciones, hoja de recomendación y web de Estrategia Comunitaria, 8 junio
· Sesión de Matrona Mª Jesús Pobes: Educación maternal, Derivaciones y asesoramiento en anticoncepción, Prevención de embarazos no deseados
· e Ana Gracia Mercé, directora de Hogar de Personas mayores del IASS de Valdefierro, 12 junio, informa y explica los activos ya incluidos desde esta entidad: Servicio de Prevención y Promoción de Autonomía Personal, Programa Cuidarte y Formación de formadores, Hogar de personas mayores
·Sesiones a alumnos de 2ºy 4º de enfermería: proyecto comunitario, conceptos de salutogénesis y activos, una por trimestre.
La comunicación con el equipo se ha realizado en sesiones, correo de omi y electrónico: anunciando actividades, colaboración u opinión, transmitendor resultados, activos como herramienta de prescripción. Sin embargo no ha dado “feedback” adecuado.

REUNIONES CONSEJO DE SALUD
Sede: Centro de Salud Oliver; trimestrales, en año 2019: Días 6 marzo, 5 junio y 13 noviembre.
Asistentes: Asociación Vecinos Oliver, UGT., Servicios Sociales, Colegios Fernando El Católico y Ramiro Soláns, Veterinario Y Farmacéutica, Zaragoza Vivienda, Centro De Mayores, CMAPA, Asociación Pares Sueltos, Cáritas, Coordinadora Parque Oliver, Adunare, "La Bezindalla", Técnico PIBO, Zaragoza Vivienda, Centro Salud.

Abordándose temas de salud que preocupan a la población del barrio y las actuaciones comunitarias.
• Se elabora un documento con deficiencias del centro de salud.
• Se explica las diversas actuaciones que se realizan en el Plan de prevención de las adicciones 2016-2022.
• Información sobre contrato de gestión 2019.
• Explicación de la Agenda comunitaria. Animando al resto de entidades a introducir sus recursos en la estrategia como Activos, y difundir los mismos.
• comunicados a Salud Pública refiriendo localización de plagas ratas y palomas.
• Se traslada la preocupación de la situación de las listas de espera en las consultas del centro, ycomo hacer un buen uso de los recursos.
Se invita al I Paseo Intergeneracional y Jornada Programa de Fortalezas Oliver
• Se envía este año información a todos los miembros de la estrategia de atención comunitaria
• Se revisa el reglamento de funcionamiento del Consejo
REUNIONES MESA DE AGENTES
Mensuales, teniendo lugar en el Centro Comunitario Oliver; en el año 2019:
22 enero, 19 febrero, 19 marzo, 2 abril,21 mayo, 18 junio, 24 septiembre, 22 octubre, 19 noviembre y 17 diciembre.
Participantes Asociación Vecinos, Centro Comunitario, Zaragoza Vivienda, Cáritas, Centro Mayores, Colegios Ramiro Solans y Fernando El Católico, Servicios Sociales Ayuntamiento, Mesa Infancia, Asociación Ddialoga, Fundación Down, Centro Tiempo Libre, Centro Prevención De Adicciones, Cooperativa "La Bezindalla" y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1156

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

Residencia Ozanam
La misión es compartir las visiones y análisis del barrio permitiéndonos plantear acciones conjuntas, aunar esfuerzos y desarrollar acciones comunitarias; trabajando en red en temas como la educación - escolarización, convivencia, salud comunitaria, situación de la vivienda...

- Enero, valoración 10º Aniversario CENTRO COMUNITARIO.
- En marzo se evalúan el proyecto de Buildheat y el proyecto Cuéntame y Fortalezas Oliver,
- Plan de Desarrollo Sostenible y Comunitario.
- Campaña de acciones por un barrio limpio y amable.
- Mesa de redacción del Boletín Integral Oliver.
- Varias: valoración de la cincomarzada/entrega de premios/ Prevención /castañada/ fiesta de Paz/cabalgata…
- En octubre se presenta Activos en salud. El Centro de Salud comparte como subir a la plataforma las actividades o recursos como activos en salud.

- En septiembre se presenta nuevo proyecto comunitario, Red de embajadas.
- Proceso comunitario con CMAPA para la elaboración y desarrollo del Plan de prevención de adicciones en el barrio Oliver.
- Prevención de inicio al tabaco en menores
- Exposición con PowerPoint Estrategia comunitaria, web y inclusión Activos. Colaboración de todos agentes en el mapa de recursos.
- web en la que se puede colgar información, noticias, etc. p, trabajar la convivencia en el barrio y como abordarla.

REUNIONES CON EL PROGRAMA COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES DEL BARRIO OLIVER
Centro de salud participa en dos de los cuatro objetivos.
OBJETIVO 2: Incrementar habilidades comunicativas, afectivas y organizativas en el contexto familiar. Dotar

de herramientas para el manejo de conductas. Actuaciones:

- Se hace un estudio previo de los recursos que trabajan con familias.
- ¿Qué se está haciendo y trabajando con las familias?
- ¿A qué familias se llega y como poder acceder al resto de familias?

Reuniones: 18 enero, 6 febrero, 1 marzo, 22 marzo, 3 mayo, 14 junio, 29 noviembre.
OBJETIVO 3: Sensibilizar a la población de los efectos del consumo de sustancias y conductas asociadas.

- Se incluyen actividades de prevención en eventos que ya tenemos, en Koncierto ritmo, se prepara concurso de cócteles sin alcohol. En la contada de cuentos se incluyen relatos preventivos.
- Elaboramos un documento PROTOCOLO DE ACTUACION ante diversas situaciones relacionadas con el consumo, tenencia, tráfico... de sustancias psicoactivas, así como ante aquellas conductas capaces de generar adicción.
- Bases del concurso ZERO COLILLAS; ZERO RIESGO para sensibilizar a la población del Barrio de las consecuencias de tirar las colillas al suelo, consecuencias medioambientales y de salud, ya que los chicos del barrio las están reutilizando. Del concurso sacaremos un mensaje y dibujo ganador que se imprimirá ceniceros de bolsillo. Los regalos para los ganadores serán relacionados con el deporte y la salud

Reuniones: 18 enero, 1 febrero, 2 marzo, 3 mayo, 31 mayo, 28 junio, 26 julio, 30 agosto, 27 septiembre, 25 octubre, 22 noviembre, 16 diciembre.
REUNIONES CON CENTRO MUNICIPAL DE SERVICIOS SOCIALES, SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO Y SERVICIO DE TELEASISTENCIA
Mensuales en 2019: 18 enero, 15 febrero, 22 marzo, 26 abril, 24 mayo, 21 junio, 13 septiembre, 18 octubre, 15 noviembre y 20 diciembre.
Reuniones fundamentadas en el incremento de personas mayores con edades avanzadas, viven solas, sin redes familiares o sociales, con deterioro del organismo y enfermedades, y bajos ingresos con consecuencias negativas para la salud y situaciones de aislamiento social.
OBJETIVOS:

- Coordinación de casos, dando respuesta a la soledad no deseada y situaciones de aislamiento social
- Seguimiento de casos con Servicio de ayuda a domicilio y Teleasistencia
- Valoración de nuevos casos

.

REUNIONES CON EL PROYECTO FORTALECE OLIVER. ESCUELA DE CIUDADANÍA VIVA
Proyecto de intervención comunitaria 2019, cuyo objetivo es fortalecer/afianzarla red de embajadas de fortalezas Oliver para hacerla sostenible en el tiempo y que sirva a las necesidades actuales del barrio, de manera colectiva.

- En el primer semestre del año, se ha dado visibilidad a las fortalezas a través de las redes sociales y pancartas distribuidas en seis edificios del barrio.
- Desde el centro de salud se elige la fortaleza de la capacidad de escucha, en marzo se diseñan carteles y chapas con los que transmitir la importancia de la escucha en nuestro centro. Las chapas las preparamos conjuntamente con el Centro de Tiempo Libre “El Zardacho”
- En septiembre se realiza un encuentro de trabajo conjunto, para programar un calendario común de las acciones, individuales y colectivas, que aborden necesidades del barrio desde las fortalezas.
- En otoño encuentro de reflexión-acción sobre las necesidades sentidas por el barrio.
- 4 noviembre reunión del grupo de acción colectiva de educación para la salud

. Desde la fortaleza “Capacidad de escucha” responde a la necesidad de disminuir la sensación de soledad no deseada y mejora autoestima colectiva.

- El pasado viernes 13 de diciembre, el Grupo de Acción Colectiva de Encuentros intergeneracionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1156

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

organizamos un paseo intergeneracional al que llamamos: «paseando entre villancicos». Participando Instituto María Moliner, odel barrio, Centro Comunitario, residencia Federico Ozanam, personal del Centro de Salud, Coordinadora Parque Oliver y La Bezindalla.
PARTICIPACIÓN EN EL PLAN INTEGRAL DEL BARRIO OLIVER
RED de Salud de Oliver, tutelada por el Centro de Salud Oliver, tiene como objetivo impulsar acciones comunitarias en el ámbito de la salud, mejorar la utilización de los recursos sanitarios para ganar eficacia y calidad, y limitar y prevenir el consumo sanitario inapropiado de recursos y tecnologías
• COORDINACIÓN CON ZARAGOZA VIVIENDA: Servicio de Atención que la propia Zaragoza Vivienda mantiene para informar a los vecinos sobre cuestiones: subvenciones, viviendas sociales, programa de viviendas para jóvenes, acondicionamiento de viviendas…
• Paseo grupal en el barrio, 29 de mayo,con PACAP y agentes del Barrio para conocer sus

recursos y estrategia comunitaria.
• Visita de 3 profesionales del centro de Salud al centro de mayores Oliver
• Visita de dos profesionales del centro de Salud al Hogar de mayores del IASS de Valdefierro
• Reunión con SARES: orientación de la estrategia comunitaria y recursos, en el centro de Salud Oliver.

Taller de técnicas de relajación y autocontrol semanales de una hora de duración los martes. En el primer semestre. A través del yoga con una profesional del centro de salud experta que trabaja toma de consciencia con el cuerpo, centrar la atención y favorecer relaciones. Participan 14 personas.
Grupos de educación para la salud en diabetes; se han formado 2 grupos con 4 sesiones semanales. Actividad que fue bien acogida por los participantes. No se ha realizado ningún método/ encuesta para su evaluación.
Taller educación bucodental y comida saludable, en el centro de tiempo libre “El Zardacho”, impartido por personal del centro de salud, colaborando los niños con la realización de chapas con el texto “Yo te escucho”

Taller de mindfulness a un grupo de mujeres que toman ansiolíticos.se hicieron 3 sesiones, una semanal.Con participación activa e intercambio de experiencias en junio con una profesional del centro de salud experta en el tema, una observadora y residente de medicina de familia.

Taller de educación maternal, preparación al parto y lactancia materna, enseñando diferentes etapas, síntomas y recursos para llegar a un parto e inicio de lactancia materna eficaz. Comienza la semana 28 del embarazo y son 8 sesiones. Se realiza los jueves.

FORMACIÓN:
- Taller Formación de Formadores 27 de marzo
- Atención Comunitaria Basada En Activos: 16 Mayo a 13 Junio
- ¿Cómo iniciar un Proceso de Atención Participación Comunitaria desde un centro de Salud? 21 mayo a 20 junio
- ¿Cómo elaborar un Proyecto de Atención Comunitaria en un Centro de Salud? 23 mayo al 30 junio
- Jornada de Formación: Actividad física y Recomendación de Activos para la Salud, 25 septiembre
- Simposio: Participación comunitaria en Salud. 27 de noviembre de 2019
- I Encuentro en Salud Comunitaria y XVIII Jornada de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud 28 noviembre
- Simposio: La equidad en Salud Comunitaria, 28 noviembre
- Reunión de PACAP Aragón 19 diciembre
- Curso de Promoción de la Salud y Equidad 11 diciembre 2019 a 31 marzo 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
. Hemos intentado dar continuidad al proyecto de promoción de la salud, seguimos trabajando y surgiendo propuestas y actividades nuevas: fortalezas Oliver y Red de Embajadas ; hemos conseguido aumentar la participación comunitaria intersectorial mejorando la comunicación y el lenguaje común
Hemos creado Grupo de salud comunitaria con un grupo estable de trabajo, que sin embargo la mayoría de los profesionales somos noveles en esta estrategia.
Hemos participado en la mesa de agentes con el proyecto de promoción de la salud y adicciones, analizando problemas del barrio, desarrollando acciones conjuntas tras valorar debilidades y fortalezas.
Hemos acudido a las reuniones y convocado el consejo de salud.
En el taller de mindfulness se ha observado que han disminuido el consumo de ansiolíticos en dos; y empoderamiento en el total del grupo

Taller Centro de Tiempo Libre. Se ha observado que toman conciencia de cuáles son los hábitos saludables y alimentación.
Grupo maternaje: el 90%de las mujeres que han sido madres expresan que les ha ayudado a cuidarse en el embarazo, afrontar más eficazmente el parto e inicio de lactancia de forma eficaz. Técnica: a través de la entrevista con la matrona.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1156

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los traslados de personal y cambio de profesionales ha hecho que se avanzará más despacio.
La Mesa de Agentes como motor de Estrategia Comunnitaria
Tenemos que mejorar objetivos, indicadores, evaluación, coordinación y metodología de trabajo; para eso estamos comenzando a formar en los cursos de la estrategia comunitaria.
No sabíamos que había que crear Agenda, Actos en OMI-AP con las actividades comunitarias que se han ido realizando; lo cual podría haber servido para evaluación de asistentes, frecuencia

La asistencia a Mesa de Agentes ha recaído en 2 personas y el consejo de Salud en otras dos. Unas se han hecho en horario laboral, y otras fuera pero con mucho coste y la mayoría fuera sin compensación alguna. No se pueden contabilizar las horas dedicadas. Estamos trabajando con mucha voluntariedad, lo cual puede determinar la continuidad.

Echamos en falta recursos materiales como cartulinas, rotuladores, fotocopias a color, plastificaciones de carteles, un panel con ruedas para anunciar e interactuar con la población a la entrada del centro,…
Poco apoyo por el resto del equipo y por la dirección
El grupo ha decidido que sea una memoria final para terminar el proyecto de “Recursos para tu Salud”
Es esencial seguir trabajando y avanzando en Salud Comunitaria; pero con valoración del EAP, de dirección y dentro de la agenda de OMI-AP. No ha de depender de la voluntariedad

7. OBSERVACIONES.
Proyecto de 4 años que han participado diferentes profesionales, unos u otros años.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1156 ========== ***

Nº de registro: 1156

Título
RECUSOS PARA TU SALUD. PROYECTO DE CONTINUIDAD EN ATENCION COMUNITARIA. CS OLIVER

Autores:
GASCON BRUMOS CARMEN, LLORENTE PRESOL TAMARA, CASADO VELILLA ISABEL, GARCIA RUIZ PILAR, CEBOLLA GRACIA MARIA DOLORES, LOZANO SUSANA, BERGA CELMA MONTSERRAT, CAROD BENEDICO ETEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

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
CONTINUACIÓN DEL PROYECTO DE ATENCIÓN COMUNITARIA, YA CONSOLIDADO

RESULTADOS ESPERADOS
SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DEL PROYECTO

MÉTODO
CONSEJO DE SALUD
MAPEO DE ACTIVOS/RECURSOS
ACTIVIDADES Y REUNIONES CON DISTINTOS COLECTIVOS
PROMOCIÓN DE SALUD EN POSITIVO
DESMEDICALIZACIÓN

INDICADORES
REUNIONES CONSEJO DE SALUD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1156

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN EL BARRIO

PARTICIPACI´N EN FORMACIÓN

DURACIÓN
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 - 2018/1184

1. TÍTULO

FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SUSANA MARTINEZ ASENSIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLIS PASTOR ESTHER
YAGÜE NOGUE MARIA
GRACIA ASO NOELIA
TERREN PUIG GEMMA
SEQUEROS SAZATORNIL MARIA PILAR
VELA PEREZ PILAR
MOZAS PEREZ ELENA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cronograma:
Reunión con los componentes del equipo de mejora para dividir tareas, y ponernos en contacto con los responsables de centros sociosanitarios en los que solemos tener pacientes a cargo del servicio de Hospitalización a Domicilio para informar de nuestro proyecto y consultar si quieren participar en el mismo. Una vez que quedó determinado el número de centros, se estableció el calendario de visitas a los mismos.
Elaboración de un Power-Point para la realización de las charlas en los centros socio-sanitarios, de un dossier para el personal trabajador de estos centros y de un tríptico para proporcionar al paciente y los familiares cuando se le envíe a su residencia. Todos estos documentos se realizaron con la colaboración del servicio de Medicina Preventiva.
Posteriormente se acudió a impartir charlas en los siguientes centros:
Residencia Domus Vi Zalfonada (Avda Salvador Allende 56)
Residencia Ballesol (Avda Salvador Allende 54)
Residencia Rey Ardid Valles Altos II (C. Bujaruelo 3)
Residencia Antonio Saura (C. Antonio Saura 4)
Residencia Juanita (C. Mariana Pineda 5)
Residencia Zaragoza 2 (Avda Salvador Allende 75)
Residencia Las Rosas (C. Valero Julián Ripol Urbano 7)
Residencia Marboré (C. Adolfo Aznar 7)
Las charlas tuvieron una duración de 50 min y en ellas se trató: las medidas de aislamiento que se han de tomar con estos pacientes y como llevarlas a cabo de manera eficaz en un centro socio-sanitario, la importancia de un correcto lavado de manos y se explicó que es un germen multirresistente (GMR) y qué consecuencias puede tener una infección de este tipo.
Se hizo uso de un ordenador, un cañón de proyección en el que presentamos el Power-Point elaborado. Entre los asistentes se repartió el dossier elaborado para el personal del centro así como los folletos para entregar a los familiares y pacientes y los carteles para colocar en las puertas de las habitaciones.
Al finalizar las charlas realizamos un taller de lavado de manos y de colocación y retirada de material de aislamiento: bata, mascarilla y guantes.
Así mismo solicitamos que rellenaran una encuesta de satisfacción y valoración del curso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el tiempo de elaboración del proyecto no se produjo ningún ingreso de otros pacientes en el mismo centro socio-sanitario por el mismo GMR del paciente inicial, si bien no podemos saber si se han producido otras infecciones que no hayan llegado a producir enfermedad.
Por otro lado en la encuesta anónima que se entregó a los trabajadores de los centros
el 100% de los asistentes valoraron con 5 puntos sobre 5 el interés del curso para su actividad profesional

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha tenido un gran impacto fundamentalmente sobre el personal trabajador de estos centros pues durante la realización de las charlas observamos que sus conocimientos acerca de este tema eran muy reducidos y por tanto no podían realizar correctamente las tareas de aislamiento con estos pacientes.
Ha quedado pendiente la posibilidad de realizar encuestas a los familiares y pacientes ingresados para comprobar si han notado diferencias en el trato recibido antes y después de la charla.
Creemos importante la sostenibilidad de este proyecto ya que en el sector Zaragoza 1 existe un gran número de centros socio-sanitarios a los que por falta de tiempo no se ha podido acudir durante la elaboración del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
La asistencia a residentes colonizados/infectados por gérmenes multirresistentes en centros sociosanitarios suele crear situaciones de alarma entre los trabajadores de dichos centros, no obstante su presencia no supone un riesgo de contagio si se siguen unas medidas higiénicas adecuadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1184

1. TÍTULO

FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1184 ========== ***

Nº de registro: 1184

Título
FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Autores:
MARTINEZ ASENSIO SUSANA, SOLIS PASTOR ESTHER, SEQUEROS SAZATORNIL PILAR, TERREN PUIG GEMMA, GRACIA ASO NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
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
Detectamos frecuentemente que tras atender a pacientes con gérmenes multirresistentes en centros sociosanitarios, aparecen más casos en el mismo centro con el mismo tipo de germén. El personal que ahí trabaja no siempre tiene los conocimientos sanitarios necesarios para realizar correctamente un aislamiento. Es por ello que consideramos necesario la implantación de un programa de formación para este personal.

RESULTADOS ESPERADOS
Como resultados pretendemos disminuir las transmisiones infecciosas durante la movilización, aseo o tareas habituales en el entorno del paciente.
La población diana es todo el personal que trabaje en centros sociosanitarios donde residan pacientes ingresados en el servicio de hospitalización a domicilio..

MÉTODO
Preparación de un documento base para el adiestramiento del personal de los centros sociosanitarios.
Proporcionar cartelería informativa de los distintos tipos de aislamiento para las habitaciones y trípticos para el personal y familiares.
Ofrecer una charla informativa en cada uno de los centros en los que tengamos pacientes ingresados. En ellas se trabajará sobre el lavado de manos, las medidas de aislamiento y como ejecutarlas de una forma adecuada.

INDICADORES
Realizaremos un registro de los pacientes que tengamos ingresados en el servicio de hospitalización a domicilio con gérmenes multirresistentes y que residan en centros sociosanitarios, para poder comprobar si en días posteriores se detectan nuevos casos con los mismos gérmenes.

Realizaríamos un cuestionario previo a las charlas al personal al que van destinadas y dos semanas después realizaríamos otro para valorar el grado de aprendizaje.

DURACIÓN
La duración será del 1 de junio al 31 de diciembre de 2018. Los responsables de su implantación serán las enfermeras del servicio de hospitalización a domicilio.

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 - 2019/1006

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE OLIVER

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... DANIEL ESCRIBANO PARDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARBERA MONTESINOS CARMEN
SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL
SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Sesiones Formativas en el Centro de Salud sobre el suo adecuado y efectivo de los antibióticos en las consultas de Atención Primaria en las patologías más prevalentes(infecciones respiratorias y urinarias)
-Sesiones Clínicas informando a los miembros del Equipo de los resultados obtenidos en el uso de antibióticos(Informes de antibióticos y monitorización de indicadores)
-En mabas ha habido una asistencia superior al 80%.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora en resultados en el uso de antibióticos en informes emitidos desde la Gerencia de AP((Informes de antibióticos y monitorización de indicadores con undescenso mayor del 2% que era el esperado)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es evidente el incremento en las resistencias que estamos viendo en nuestras consultas y/o hacemos un uso adecuado y efectivo de los antibióticos de los que disponemos o en poco tiempo no tendremos recursos en éste sentido y es fundamental la implicación y toma de conciencia por parte de los profesionales y tambieñn implicar en ello a los usuarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1006 ========== ***

Nº de registro: 1006

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE OLIVER

Autores:
ESCRIBANO PARDO DANIEL, BARBERA MONTESINOS CARMEN, SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL, SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

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
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1006

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE OLIVER

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
• % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
• Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 20,5 (reducción de 2% respecto a 2018)
• Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN
Abril-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2019/1100

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO EN C. S. OLIVER 2019

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA SANZ ABOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO VELILLA MARIA ISABEL
LOPEZ GRANADA MANUEL
HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION
MORENO BONA NATALIA
BENEDICO SANCHEZ CRISTINA
LOZANO JOSA SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
26 de febrero 2019:
Sesión de explicación de datos del cuadro de mandos de recopilando datos de atención del pie diabético en cada cupo, en el centro de Salud Oliver y en área III, e instauración en ordenadores que no lo tuvieran.
14 y 21 de marzo 2019:
Dos talleres prácticos: exploración del pie diabético, impartidos por Manuel López
12 Abril 2019:
- Reunión del grupo de trabajo para establecer la estrategia del proyecto- Asistencia a curso externo de formación para mejorar la competencia del profesional de enfermería en piediabético.
- Análisis de datos actuales del C.S. Oliver

- Sesión clínica con el resto del EAP para exposición de datos de partida y proyecto
- Asistencia a curso externo de formación para mejorar la competencia del profesional de enfermería en pie diabético.15, 16 y 17 de abril de 2019. Manuel López Granada "Taller de evaluación y seguimiento del pie diabético y sus complicaciones"

14 de Mayo 2019:

- Sesión clínica teórica sobre pie diabético y metódica de registro en OMI- 2 talleres prácticos: exploración

- Información sobre circuitos de derivación

Mayo a diciembre:

- Mejora en el implemento el servicio de pie diabético en consulta de enfermería (datos del cuadro de comando)

Septiembre:

- Reunión del grupo de trabajo para evaluación semestral
Diciembre:

- Evaluación de indicadores seleccionados, mostrando los resultados al EAP y propuestas de mejora para siguiente año.

Se ha cumplido correctamente con el calendario programado en el proyecto.
Recursos empleados:
- Doppler (Creemos necesario tener más de uno en el C. S. Oliver)
- Diapasón y monofilamento (recambio c/6-12 meses)
- Ordenador y cañón de video

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Realización sesión formativa: SI
-Nº asistentes de enfermería a sesión formativa. 77%
-Realización de taller pie diabético: SI
-Nª asistentes taller práctico: 66%
-Nº asistentes del EAP a la reunión de evaluación. 77%
-Nº de pacientes diabéticos con revisión de pie diabético/Nº pacientes diabéticos. Enero 2019 29%. Enero 2020: 31%.
Se ha superado el standard marcado en el proyecto en todos los indicadores
La fuente y método de obtención de resultados ha sido mediante el cuadro de mandos de OMI-AP y actas de sesiones y talleres realizados en el centro de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1100

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO EN C. S. OLIVER 2019

La prevención, educación sanitaria dirigida al paciente, la educación hacia el profesional sanitario, y una monitorización y seguimiento adecuado de los pacientes pueden disminuir tasas de amputación entre el 49% y el 85%.
La estrategia prioritaria es reducir las complicaciones asociadas a la patología descrita en el proyecto, incrementando el control del pie diabético a nivel asistencial en atención primaria, teniendo como herramienta de monitorización el cuadro de mandos de diabetes.
Una correcta línea en el diagnóstico, detección precoz, y la adecuada clasificación del riesgo y prevención de complicaciones por parte de atención primaria, nos ayudaran a la disminución de posibles secuelas y así aplicar los tratamientos que precise el paciente en cada momento.
Mejora de la práctica clínica.
La importancia de informar de los resultados a los profesionales, y así impartir la formación en los aspectos más deficitarios, ofreciendo motivación en los mismos, nos ayuda a generar un posible cambio de actitud de estos ya que el seguimiento y la reevaluación se hacen imprescindibles en el proyecto de mejora.
La identificación de los problemas, y la calidad de la atención del paciente diabético mediante la monitorización de indicadores de calidad es muy útil para detectar primero y aplicar posteriormente las posibilidades de mejora en todo proceso asistencial del diabético, utilizado los indicadores como medida cuantitativa para controlar la calidad de aspectos de la práctica que creemos relevantes.

7. OBSERVACIONES.
El proyecto puede tener alguna modificación dependiendo de la disponibilidad de los profesionales en el centro.
La valoración del pie diabético segun su grado en algunos casos, es realizado en atención especializada dicho seguimiento no es posible la monitorización de datos. Por lo cual no se interpretan en el cuadro de mandos de diabetes.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1100 ========== ***

Nº de registro: 1100

Título
MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO EN C. S. OLIVER

Autores:
SANZ ABOS EVA, CASADO VELILLA MARIA ISABEL, LOPEZ GRANADA MANUEL, HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION, MORENO BONA NATALIA, BENEDICO SANCHEZ CRISTINA, LOZANO JOSA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
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 pie diabético es una complicación de la diabetes que se asocia con una importante morbilidad, mortalidad, costes, y disminución de la calidad de vida. Puede ocasionar importante discapacidad y en ausencia de control del paciente y manejo inadecuado, puede derivar hacia un resultado desfavorable con una posible amputación del pie o pierna. La diabetes mellitus puede considerarse la primera causa de amputación no traumática en miembros inferiores.
La prevalencia de pie diabético oscila entre el 2,4-6,35 % de la población general y entre el 8-13% de los pacientes diabéticos. Esta entidad clínica afecta con mayor frecuencia a la población diabética entre 45 y 65 años, es más prevalente en varones que en mujeres, y en la diabetes tipo 2 respecto al tipo 1. El riesgo de amputaciones para los pacientes diabéticos es hasta 15 veces mayor que en pacientes no diabéticos. La incidencia de amputaciones en pacientes diabéticos muestra una gran variabilidad, se sitúa entre 2,5-6/1000 pacientes diabéticos/año. Las tasas de mortalidad, sobre todo cardiovascular, tras una úlcera y la amputación son muy elevadas, casi un 60% de las personas fallecen en el transcurso de 5 años tras una amputación y casi un 40% en el caso de las úlceras.
La Estrategia planteada en este proyecto está encaminada a disminuir las complicaciones asociadas al pie diabético incidiendo en las consultas de enfermería, incrementando la revisión del pie diabético y valoración del riesgo, para detectar y prevenir las complicaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1100

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO EN C. S. OLIVER 2019

También se deben establecer actuaciones en formación y difusión, e incrementar la calidad del registro en OMI; puesto que se detectan inequidades en la atención, dependiendo de las cargas de trabajo y la formación que ha podido desarrollar cada enfermera/o de atención primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la formación en el diagnóstico y detección precoz del pie diabético.
• Identificar factores de riesgo locales del pie mediante la exploración visual con atención especial a las anomalías anatómicas y hallazgos más frecuentes, la relación entre hiperqueratosis y zonas de hiperpresión e identificando las necesidades de actuación preventiva.
• Identificará los síntomas y signos de neuropatía y vasculopatía, adiestrándose para ello en la exploración de pulsos, monofilamento y realización del índice tobillo-brazo.
• Realizará el manejo del pie de riesgo bajo y moderado, estableciendo el seguimiento indicado según el riesgo: Unidad o consulta especializada en pie diabético
• Conocerá los criterios y el circuito de derivación a unidad/consulta de enfermería en competencias avanzadas ante un paciente con pie de riego alto y ulcerado
2. Aumentar la calidad del registro en OMI del paciente diabético
3. Mejora de educación terapéutica básica de cuidados del pie y calzado, fomentando el cumplimiento de las revisiones.
4. Conseguir incremento al menos 10% de exploraciones de pie diabético

MÉTODO
Abril: - Reunión del grupo de trabajo para establecer la estrategia del proyecto
- Asistencia a curso externo de formación para mejorar la competencia del profesional de enfermería en pie diabético.
- Análisis de datos actuales del C.S. Oliver
- Sesión clínica con el resto del EAP para exposición de datos de partida y proyecto
Mayo: - Sesión clínica teórica sobre pie diabético y metódica de registro en OMI
- 2 talleres prácticos: exploración
- Información sobre circuitos de derivación
Mayo a diciembre: mejora en el implemento el servicio de pie diabético en consulta de enfermería (datos del cuadro de comando)
Septiembre: - Reunión del grupo de trabajo para evaluación semestral
Diciembre: Evaluación de indicadores seleccionados, mostrando los resultados al EAP y propuestas de mejora para siguiente año.

INDICADORES
- Realización sesión formativa: Estándar SI
- Nº asistentes de enfermería a sesión formativa. Estándar >50%
- Realización de taller pie diabético: Estándar SI
- Nª asistentes taller práctico: Estándar > 50%
- Nº asistentes del EAP a la reunión de evaluación. Estándar >50%
- Nº de pacientes diabéticos con revisión de pie diabético/Nº pacientes diabéticos >20% (datos del cuadro de comando de diabetes)

DURACIÓN
• Reunión del grupo de trabajo y sesión informativa inicial: Abril 2019.
• Mayo: talleres prácticos: Manuel López Granada
• Diciembre 2019/Enero 2020: Sesión de evaluación final, con análisis de indicadores. Ponente Eva Sanz Abós

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 - 2019/1104

1. TÍTULO

MEJORA EN CONTROL DE AUTOCONTROLES GLUCEMICOS Y DISPENSACION DE MATERIAL DIABETICO 2019

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL CASADO VELILLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIVANCO SANZ DOLORES
ROMEO VALIENTE JOSE MIGUEL
VALIENTE LLORENTE BELEN
MORENO BONA NATALIA
HERNANDEZ GARCIA ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS:
- Reunión inicial del grupo motor del proyecto para elaborar proyecto, dinamizar las actividades y crear cronograma de las actuaciones:12 de febrero 2019.
- Petición a laboratorio externo de 6 controladores para glucómetros.
- Creación de Acto y Agenda de Material diabético, desde el servicio de Admisión de Oliver, Belén Valiente, Administrivo; con información a los pacientes. Se diseñó y confeccionó carteles informativos para los pacientes, exponiéndolos durante el mes de abril en paneles informativos del centro, consultas y admisión.
- Sesión al EAP explicando el proyecto, la pertinencia del mismo y acceso y utilización del cuadro de mandos de diabetes, en OMI- AP. 7 de marzo de 2019. Mª Isabel Casado, enfermera.
- Se proporciona a las consultas de enfermería controlador de glucómetro y aplicación informática para valoración de automediciones de glucemias. También se revisa cuadro de mando en dichas consultas, y si precisan, se contacta con CAU para la instalación de “pluggins necesarios. Del 6 al 8 de marzo, Natalia Moreno, enfermera.
- Talleres de formación de manejo del controlador de datos del glucómetro. Ponente Manuel López, enfermero, los días 12 y 20 de marzo de 2019.
- Inicio de nuevo funcionamiento de la Consulta de Material Diabético, desde el 2 de mayo 2019 gestionada por Dolores Vivanco, TCAE del Centro Salud Oliver
- Sesión: “Instrucciones de utilización de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar en el Servicio Aragonés de Salud” y “Procedimiento de gestión del autoanálisis de Glucemia Capilar”, 18 de junio de 2019, Mª Isabel Casado. Se proporciona a cada enfermero/a documentación:
- Dispensación tiras reactivas (Salud) Anexo 1.
- Tiras reactivas en función del principio activo y el nombre comercial (Basado en instrucción 21 de mayo de 2013 Salud) Anexo 2
- Procedimiento de gestión de autoanálisis de glucemia capilar. Anexo 3
- Sesión de enfermería: 24 de septiembre de 2019. Se entrega a cada enfermero/a listado de pacientes de su cupo con frecuencia de adquisición de tiras reactivas en la consulta de Material diabético. Ponente: grupo motor (Anexo 4) y se tratan los puntos:
- Cambio de glucómetros
- Revisión de paciente por profesional que están utilizando material diabético 4
- Desarrollo del circuito de derivación de la consulta de Material Diabético a consulta enfermería/medico de referencia
- Reunión del grupo para evaluación del proyecto, 15 de diciembre de 2019.

El cronograma inicial se ha cumplido, y se ha tenido que ampliar alguna sesión más, por el cambio de glucómetros desde Central de compras.

RECURSOS EMPLEADOS.
- Controladores de Glucómetros
-Permisos de DAP para aplicación informática
- Instalación de “pluggins” en puestos de trabajo que no lo tenían.
- Formación en controladores de glucómetros

COMUNICACIÓN A PACIENTES Y PROFESIONALES
- Carteles informativos para los pacientes, acerca del funcionamiento de Consulta de Material Diabético y fecha de inicio. Se colocaron en paneles informativos de Admisión/ entrada al centro de Salud y exterior de consultas de enfermería.
- Información individual en Consulta de Material Diabético
- Educación, revisión individual en consulta de enfermería
- Se informó al resto del EAP Oliver en 3 sesiones:
- Inicial; informando del proyecto
- 2ª, Comunicando evolución del mismo y cambio de glucómetros
- Final, con resultados de evaluación.

MATERIAL PARA DESARROLLAR EL PROYECTO:
- Creación en programa de OMI_AP, Acto y Agenda de Material diabético
- Carteles informativos de Consulta de Material diabético

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1104

1. TÍTULO

MEJORA EN CONTROL DE AUTOCONTROLES GLUCEMICOS Y DISPENSACION DE MATERIAL DIABETICO 2019

- Programa de controladores de glucómetros y accesorio para descarga de datos
- Documentos de la Instrucción 21/05/2013 SALUD
- Creación de planillas para mejor control de tiras precisas en función de fármacos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS .
- Petición de controladores de glucómetros: SI, febrero 2019
- Abril 2019, Instalación informática en c. enfermería: SI
- Publicidad e información de apertura de Agenda de Material Diabético: SI, meses de abril y mayo, respectivamente
- Sesión del EAP- 7 de marzo de 2019: Información del proyecto al resto EAP Oliver. Inicio de Agenda de material diabético: SI
- Reunión de grupo para determinar circuito de derivaciones, 18 de junio 2019. SI
- Mayo a diciembre de 2019: aplicación del proyecto. Realizada
- Diciembre2019/Enero 2020: Evaluación. Realizada 15 de diciembre 2019.SI

LOS INDICADORES UTILIZADOS, SU FUENTE Y MÉTODO DE OBTENCIÓN.
Los indicadores para la evaluación se han respetado los definidos en el proyecto, consiguiendo superar el estándar marcado.
- Creación de agenda de Material diabético: SI (Estándar:SI)
- Nº consultas de enfermería que se adhieren al programa controlador de glucómetro: 80% de las consultas de enfermería. (Estandar >50%)
- Nº asistentes a sesión inicial: 70% del EAP (Estandar >50% de EAP)
- Diferencia de consumo de tiras: antes/ tras proyecto. No se ha podido determinar por el cambio de glucómetros, dando un resultado sesgado.

La fuente de obtención han sido la Agenda de Omi-AP, las Actas de las sesiones y los registros de enfermería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
VALORACIÓN DEL EQUIPO DE MEJORA
- La creación de Agenda específica de suministro de material diabético ha supuesto disminuir el tiempo de demora de los pacientes en consulta de Material diabético; al estar citados con hora y día.
- Mejora del conocimiento de los pacientes diabéticos del valor del autocontrol y seguimiento en consulta de enfermería, revisiones de protocolos.También ha supuesto una oportunidad de contacto con los pacientes que no acuden a consulta de Atención Primaría por ser controlados por Especializada.
- Creemos que se ha logrado optimizar el coste del uso de tiras reactivas con la adecuación del autoanálisis a los objetivos terapéuticos del paciente diabético y disminuyendo la frecuencia de autocontroles en pacientes que no lo precisaran.
- El cambio de glucómetros en mitad del desarrollo del proyecto nos ha dificultado comprobar si el consumo de tiras reactivas ha disminuido.
Con el proyecto se ha mejorado la atención hacia los pacientes que precisan Material diabético, se han recordado las pautas de control de glucemias capilares, y ha supuesto una oportunidad de educación en diabetes, así como revisión de protocolos en pacientes que no suelen acudir a las consultas de enfermería.

7. OBSERVACIONES.
Como se determinó en el proyecto, los pacientes que se les ha concedido un medidor de glucosa FreeStyle Libre, y por orden de endocrino; continúan con igual consumo de tiras reactivas de glucemia que tenían.
En ocasiones, ha habido Ordenes Médicas, tanto de especialistas como de Primaría, que indicaban un consumo más elevado que el determinado en el manual de Procedimientos Diabetes mellitus. Revisión: C.
Hubiéramos deseado poder comparar el consumo de tiras reactivas al inicio del proyecto y tras el mismo, sin embargo el cambio de glucómetros no nos lo ha permitido.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1104 ========== ***

Nº de registro: 1104

Título
MEJORA EN CONTROL DE AUTOCONTROLES GLUCEMICOS Y DISPENSACION DE MATERIAL DIABETICO

Autores:
CASADO VELILLA MARIA ISABEL, VIVANCO SANZ DOLORES, ROMEO VALIENTE JOSE MIGUEL, HERNANDEZ GARCIA ANA ISABEL, VALIENTE LLORENTE BELEN, MORENO BONA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1104

1. TÍTULO

MEJORA EN CONTROL DE AUTOCONTROLES GLUCEMICOS Y DISPENSACION DE MATERIAL DIABETICO 2019

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 diabetes es una enfermedad metabólica de alta prevalencia. Sus características, diagnóstico, tratamiento y control requieren en un alto porcentaje de los pacientes, un seguimiento permanente del nivel de glucosa en sangre.
Estos pacientes realizan, en su gran mayoría el autocontrol de la glucemia mediante autoanálisis que consiste en la extracción capilar de sangre, colocación en una tira reactiva y su inmediato análisis en una pequeña máquina; glucómetro.
Actualmente en C.S, Oliver el suministro de material diabético a los pacientes, es realizado por TCAE a demanda y sin agenda, los martes y jueves de 11:30 a 12:30 horas, con gran variabilidad de demanda espontánea.
Además a pesar de las recomendaciones existentes, se está observando una gran variabilidad en:
- en la prescripción de tiras reactivas de glucemia
- en las revisiones de automediciones y control de los medidores de glucemia
- Una frecuencia de autocontroles no adecuada al tratamiento antidiabético recibido

RESULTADOS ESPERADOS
- Creación de Agenda específica de suministro de material diabético
- Disminuir el tiempo de demora en consulta de Material diabético
-Adecuación del autoanálisis a los objetivos terapéuticos del paciente diabético.
- Mejora del conocimiento de los pacientes diabéticos del valor del autocontrol y seguimiento en consulta de enfermería.
- Disminuir la frecuencia de autocontroles en pacientes que no lo precisen
-Optimizar el coste del uso de tiras reactivas

MÉTODO
- Creación de agenda de Material diabético, con información a los pacientes, el mes previo en paneles informativos del centro y consultas y admisión.
- Proporcionar a las consultas de enfermería controlador de glucómetro y aplicación informática para valoración de automediciones de glucemias.
- Formación de manejo del controlador de datos del glucómetro. Ponente Manuel López
- Sesión al EAP explicando el proyecto y de la pertinencia del mismo
- Sesión : “Instrucciones de utilización de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar en el Servicio Aragonés de Salud” y unificar criterios
- Desarrollo del circuito de derivación de la consulta de Material Diabético a consulta enfermería/medico de referencia
- Sesión evaluación final

INDICADORES
- Creación de agenda de Material diabético: Estandar SI
- Nº consultas de enfermería que se adhieren al programa controlador de glucómetro: Estandar >50%
- Nº asistentes a sesión inicial. Estandar >50% de EAP
- Diferencia de consumo de tiras: antes/ tras proyecto

DURACIÓN
- Enero 2019: Petición de controladores de glucómetros
- Abril 2019, Instalación informática en c. enfermería
Publicidad e información de apertura de Agenda de Material Diabético
Sesión del EAP
- Mayo 2019: Inicio de Agenda de material diabético
Reunión de grupo para determinar circuito de derivaciones
- Mayo a diciembre de 2019: aplicación del proyecto
- Diciembre2019/Enero 2020: Evaluación

OBSERVACIONES
Quedaran fuera del programa los pacientes que se les ha concedido un medidor de glucosa FreeStyle Libre, que inicialmente y por orden de endocrino; continúan con igual consumo de tiras reactivas de glucemia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1104

1. TÍTULO

MEJORA EN CONTROL DE AUTOCONTROLES GLUCEMICOS Y DISPENSACION DE MATERIAL DIABETICO 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 - 2019/1168

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD OLIVER 2019

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SUSANA LOZANO JOSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO VELILLA MARIA ISABEL
MEDRANO MARINA MARIA PURIFICACION
HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION
MINGOTE TIZNE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Creación un grupo interdisciplinar de trabajo interdisciplinar para elaborar dicho protocolo de acogida, en febrero 2019 con una sesión del EAP Oliver, y colaboración de profesionales que querían adherirse al proyecto. Se designó un responsable para la entrega del manual de acogida y de la encuesta-cuestionario sobre la información recibida a los nuevos profesionales
- Se realizaron reuniones de los participantes en el proyecto todos los martes y jueves de Enero a Abril de 2019 para la elaboración de un manual de acogida, que aporte información detallada en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos, estructura del equipo, límites geográficos, horarios y todo lo inherente a nuestro Centro de Salud para conseguir una óptima asistencia a los usuarios. Para la elaboración del manual nos hemos basado en el formato de manuales de acogida de los EAPs de nuestro sector.
- Mayo 2019, se continúa con el diseño de encuesta y planilla de registro que confirme la entrega del manual a los profesionales que se han incorporado al equipo de Oliver en el año 2019 por periodos de trabajo o periodos formativos.
- Mayo a diciembre, el responsable se encargará de dar el manual, encuestas y la información que le sea necesaria, as
Durante el segundo y tercer cuatrimestre se han recogido los datos hasta diciembre 2019
- Reunión de grupo en enero 2020 para interpretar los datos recogidos en las encuestas y hoja de registro de entrega del manual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Porcentaje de nuevos profesionales a los que se entrega el documento:(número de profesionales a los que se ha proporcionado el protocolo de acogida / en relación a los profesionales recién incorporados) por 100, resultado esperado 90%2..Resultado:100%. Se ha entregado documento al 100% de los nuevos profesionales incorporados tanto por bajas temporales largas, vacaciones, jubilaciones, movilidad voluntaria, personal en formación. Con un tiempo mínimo de permanencia en el EAP de 1 mes
2. Porcentaje de nuevos profesionales que rellenan la encuesta:(número de encuesta-cuestionarios realizadas/ número de encuestas entregadas) por 100, resultado esperado 70%3. Resultado 80%
3. Porcentaje de nuevos profesionales que acredita conocer el funcionamiento del centro de salud:(número de encuestas que reflejen conocer al menos el 70% de las respuestas / total de encuestas entregadas) por100, resultado esperado 60%
4. Porcentaje de nuevos profesionales a los que el documento les ha resultado útil:(número de encuestas con una calificación superior a 70/ por el número de encuestas contestadas) por 100, resultado esperado 80%8 Resultado 80%

5. En la encuesta también se pregunta a los profesionales sobre posibles cambios en el manual de acogida las sugerencias aportadas ha sido:
-Mayor aclaración sobre funcionamiento
- Posibilidad de incluir en el manual el funcionamiento de los distintos aparatos de electromedicina(Electros, espirómetro,…)
- Aclarar el procedimiento del servicio de Admisión
- Explicaciones de derivaciones desde A. Primaria a otros Servicios de A. Especializada
-Frecuencia de revisión mantenimiento del manual de acogida

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se debería incrementar la información recogida en el Manual con el funcionamineto de servicio de Admisión y Tarjeta Sanitaria, y con los nuevos programas de funcioinamineto del laboratorio introducido este año en nuestro centro de Salud.

7. OBSERVACIONES.
Convendría una ampliación del Manual de acogida con información especifica y funcionamineto de todo el aparataje del Centro. Tampoco se ha realizado ninguna referencia a Salud Comunitaria, Consejo de Salud,...

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1168 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1168

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD OLIVER 2019

Nº de registro: 1168

Título
REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD OLIVER

Autores:
LOZANO JOSA SUSANA, CASADO VELILLA MARIA ISABEL, MEDRANO MARINO MARIA PURIFICACION, HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION, MINGOTE TIZNE TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad del paciente

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

PROBLEMA
PROBLEMA
En el EAP de Oliver no se dispone en el momento actual de un Manual de Acogida.
Los EAP son estructuras dinámicas con profesionales que se van trasladando. Esta movilidad del personal obliga a disponer de adecuados protocolos de acogida para orientarles en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos y en conclusión, acompañar al nuevo profesional, bien sea de plantilla, sustituto, residente o estudiante en prácticas; para que de este modo su trabajo redunde en prestar una óptima asistencia a pacientes y usuarios.
Consideramos que esto es necesario porque redundará en una óptima asistencia a los usuarios del centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados que se esperan conseguir:
- Mayor cocimiento sobre estructuras, procesos administrativos, asistenciales, así como funciones del equipo
- Adaptación más rápida de los profesionales al equipo de atención primaria
- Mejorar la seguridad del paciente con el correcto conocimiento de los circuitos propios de cada centro por los profesionales.

MÉTODO
Crear un grupo de trabajo interdisciplinar para elaborar dicho protocolo de acogida
Elaborar un manual de acogida, que aporte información detallada en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos, estructura del equipo, límites geográficos, horarios y todo lo inherente a nuestro Centro de Salud para conseguir una óptima asistencia a los usuarios.
Idear un registro que confirme la entrega del manual a los profesionales que se han incorporado al equipo de Oliver en el año 2019 por periodos de trabajo o periodos formativos.
Designar un responsable de referencia, para la entrega del manual de acogida y realice el registro.
Establecer una encuesta-cuestionario que ponga de manifiesto que los profesionales a los que va dirigido el protocolo, han adquirido un conocimiento suficiente del funcionamiento del centro, y explorar el grado de satisfacción de los nuevos profesionales en dicho documento.
El responsable se encargará de dar el manual, encuestas y la información que le sea necesaria.
La encuesta constará un apartado de observaciones en el que nos puedan hacer sugerencias de mejora.

INDICADORES
1. Porcentaje de nuevos profesionales a los que se entrega el documento:
(número de profesionales a los que se ha proporcionado el protocolo de acogida / en relación a los profesionales recién incorporados) por 100, resultado esperado 90%

2. Porcentaje de nuevos profesionales que rellenan la encuesta:
(número de encuesta-cuestionarios realizadas/ número de encuestas entregadas) por 100, resultado esperado 70%

3. porcentaje de nuevos profesionales que acredita conocer el funcionamiento del centro de salud:
(número de encuestas que reflejen conocer al menos el 70% de las respuestas / total de encuestas entregadas)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1168

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD OLIVER 2019

por
100, resultado esperado 70%

4. Porcentaje de nuevos profesionales a los que el documento les ha resultado útil:
(número de encuestas con una calificación superior a 70/ por el número de encuestas contestadas) por 100,
resultado esperado 80%

DURACIÓN
Duración y calendario
Sesión para comunicar y valorar el EAP la pertinencia de iniciar el proyecto. Abril 2019
Reunión de equipo de trabajo para planificar el proyecto. Mayo 2019
Realización del manual de acogida, libro de registro y encuesta-cuestionario Mayo, Junio 2018.
Recogida de datos de abril a diciembre
Evaluación de Diciembre 2019/ 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 - 2019/1172

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE OLIVER 2019

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL HERNANDEZ GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON BRUMOS CARMEN
SANZ ABOS EVA MARIA
BENEDICO SANCHEZ CRISTINA
PAMPLONA CIVERA ANA MARIA
BERGA CELMA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión clínica sobre el programa del paciente crónico complejo, 19 de febrero de 2019, basando en Proceso de Atención del paciente Crónico complejo de Aragón, versión 11/03/19, y entrega de listados de pacientes incluidos en GMA 99 y GMA>97, por cupos
Febrero 2019, inicio de revisión de Grupos de Morbilidad Ajustada por encima de percentil 99 y su posible inclusión.
Sesión para comunicar y valorar el EAP Oliver la pertinencia de iniciar el proyecto. 7 de marzo 2019
Mayo 2019, inicio de revisión de pacientes con GMA en percentil entre 97 y 99, y criterios de inclusión.
Evaluación cuatrimestral de indicadores con realización de acciones de mejora derivadas de los mismos indicadores, realizando reunión de grupo 17 de septiembre de 2019.
Las actividades realizadas se han ajustado al calendario marcado
- Recursos empleados, listados de paciente con GMA 99 y GMA 97-99 desde Secretaría de Dirección Área 3
- El programa del PCC se difundió entre los profesionales en dos sesiones, para lo cual el grupo de trabajo confeccionó un PowerPoint adaptado al centro salud Oliver
- En las sesiones de EAP se utilizó proyector para explicar cada paso en un power-point. Respecto a la información facilitada a los pacientes que se han ido incluyendo se descargó del mismo programa del PCC de OMI-AP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Porcentaje de pacientes con GMA > 99 que se han incluido en Programa: 63.5% (Numerador: Pacientes que pertenecen a un percentil GMA>99 y han sido incluidos en el programa Denominador: total de pacientes que pertenecen a un percentil)

2- Porcentaje de pacientes con GMA 99-97 que se han incluido en Programa: 16.8% (Numerador: Pacientes que pertenecen a un percentil GMA=99-97 y han sido incluidos en el programa Denominador: total de pacientes que pertenecen a un percentil)

3- Porcentaje de pacientes con GMA > 99 incluidos en el programa con cuidador identificado : 35.5%

4- Porcentaje de pacientes con GMA 99 – 97 incluidos con enfermera de referencia identificada: 59.2%

El material con que se ha realizado el proyecto ha sido obtenido mediante la revisión de historias clínicas de OMI-AP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el proyecto de mejora se consideró utilizar el indicador de porcentaje de pacientes incluidos en el programa que no pertenecen a la población diana (GMA <97%).
No ha sido posible su uso e interpretación de los resultados debido a que no se disponen de listados de pacientes crónicos complejos incluidos.

Tras la valoración de los datos recogidos en el proyecto se puede estimar que la atención a los pacientes desde el punto de vista de cuidados de enfermería; con GMA >97, al igual que otros pacientes dependientes y crónicos, no han modificado sustancialmente los cuidados proporcionados desde atención primaria. Los cuidados y revisiones ya se estaban realizando por parte del profesional sanitario de atención primaria.
El contacto con cuidadores es esencial en estos pacientes, ya que muchas veces es el medio de comunicación entre paciente y profesional. Tras la realización del protocolo propuesto en OMI-AP, ya se asigna la enfermera de referencia para ese paciente.
Respecto al contacto y conocimiento de su enfermera de referencia, forma parte de la atención a cualquier paciente.

7. OBSERVACIONES.
La derivación al hospital de referencia, no se puede llevar adecuadamente debido a que la atención de la Unidad Del Hospital sólo es posible de lunes a viernes y de 8 a 15 horas. No existiendo una atención integra

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1172

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE OLIVER 2019

y continuada para este grupo de morbilidad ajustada. Se han recogido quejas por parte de usuarios por ese horario hospitalario de 8 a 15 horas; puesto que para algunos cuidadores que han de acompañar al paciente tenían que pedir más permisos de trabajo (tratamientos de infusiones de hierro, transfusiones…, podían hacerlo en horario de tarde en Hospital de Día, y la nueva unidad de PCC no da esa opción).

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1172 ========== ***

Nº de registro: 1172

Título
DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE OLIVER

Autores:
HERNANDEZ GARCIA ANA ISABEL, GASCON BRUNA CARMEN, SANZ ABOS EVA, BENEDICO SANCHEZ CRISTINA, PAMPLONA CIVERA ANA MARIA, BERGA CELMA MONTSERRAT, LOZANO JOSA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Actualmente el Programa de Atención a Crónicos Complejos del Gobierno de Aragón está teniendo desigual desarrollo en las diferentes zonas sanitarias; mientras en marzo de 2018 ya se habían establecido unidades de atención en Barbastro y Alcañiz; en nuestra Área de salud, apenas se ha desarrollado.
Debido a las características que tiene la población del C.S. Oliver, consideramos que la implementación del programa desde Atención Primaria dará lugar a una atención sanitaria individualizada y continuada, así como una actuación proactiva y preventiva, sobre los factores de riesgo de descompensación, que fomente la participación y corresponsabilidad del paciente y cuidadores en el proceso de la enfermedad.
Por otro lado, se ha dado en 2019, desde DAP Z-3 se ha priorizado, entre otros, los proyectos de Paciente Crónico Complejo.
Dado que la formación ha sido escasa, nos basaremos en el Proceso de atención a pacientes crónicos complejos en Aragón de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón con fecha 11/03/2019.
Iniciando el proyecto con la Identificación, captación y acogida al programa, y posteriormente continuar su desarrollo dependiendo de más formación y desarrollo de coordinación entre niveles.

RESULTADOS ESPERADOS
1 - Identificar en OMI a los pacientes crónicos complejos objeto del proceso. Identificación
2- Comunicar al paciente los beneficios de la nueva organización asistencial. Captación
3. Garantizar la valoración integral del paciente.
4. Promover la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores garantizando que adquieren las competencias necesarias para el manejo de su patología y la detección precoz de descompensaciones
5. Establecer mecanismos en los centros de salud que garanticen a los pacientes crónicos complejos y a su familiar de referencia/cuidador la máxima accesibilidad al servicio de admisión, a su enfermera y a su médico de AP

MÉTODO
Sesión clínica sobre el programa del paciente crónico complejo, Enero 2019
Febrero 2019, inicio de revisión de Grupos de Morbilidad Ajustada por encima de percentil 99 y su posible inclusión.
Sesión para comunicar y valorar el EAP la pertinencia de iniciar el proyecto. Marzo 2019
Mayo 2019, revisión de GMA en percentil entre 97 y 99, y criterios de inclusión.
Evaluación cuatrimestral de indicadores con realización de acciones de mejora derivadas de los mismos indicadores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1172

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE OLIVER 2019

INDICADORES
1- Porcentaje de pacientes con GMA = 97% que se han incluido en Programa. (Numerador: Pacientes que pertenecen a un percentil GMA=97y han sido incluidos en el programa Denominador: total de pacientes que pertenecen a un percentil)
2- Porcentaje de pacientes incluidos en el programa que no pertenecen a la población diana (GMA =97%) (Numerador: Pacientes que pertenecen a un percentil GMA=97y han sido incluidos en el programa Denominador: Pacientes incluidos en el programa)
3- Porcentaje de pacientes incluidos con cuidador identificado
4- Porcentaje de pacientes incluidos con enfermera de referencia identificada

DURACIÓN
Enero: sesión clínica programa paciente crónico complejo.
Junio-julio: primer corte de indicadores
Septiembre: segundo corte
Enero 2020: revisión 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 - 2018/0838

1. TÍTULO

COMPLETAR LA DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE SADABA

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PILAR MARIN MURILLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAITA EZQUERRA ROSARIO
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA
BUENACASA LAFUENTE CARMEN
TENIAS GUALLAR JESUS
POLA COBA REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Enero 2019 se realiza reunión con equipo directivo del CRA Los Bañales para establecer las bases y organigrama del concurso de dibujo sobre HÁBITOS SALUDABLES.
Se confecciona cartel convocando el concurso de dibujo el cual se publica en blog del Consejo de Salud de Sádaba el día 3 febrero
Durante el mes de Marzo los alumnos realizan los dibujos para el concurso.
El 27 Marzo se reúne el jurado (equipo directivo + responsable del blog)para determinar los ganadores del concurso.
El 28 Marzo se publican los dibujos ganadores en el blog.
Las publicaciones en blog referentes al concurso de dibujo son compartidas como enlace al blog desde las redes sociales del CRA con el fin de difundir el blog entre las familias del alumnado
La actividad de diseño de cartel para dar a conocer el buzón de sugerencias del blog no ha sido realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Incremento nº visitas: Se alcanzaron 409 visitas al blog con 209 visitantes coincidiendo con la publicación de los dibujos del concurso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de que la actividad del blog es constante con publicaciones con temática variada e informaciones en materia de salud y servicios, no se logra incrementar el nº de visitas al blog.
Por otro lado el blog se creó desde el Consejo de Salud y a pesar de la insistencia y oferta en las reuniones del Consejo, solamente los miembros del EAP han realizado publicaciones

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/838 ========== ***

Nº de registro: 0838

Título
DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUDO DE LA ZBS DE SADABA

Autores:
MARIN MURILLO PILAR, LAITA EZQUERRA ROSARIO, ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población sana y con patología
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyectos Comunitarios

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

PROBLEMA
El Consejo de Salud cuente con un blog desde Nov 2017. Por distintos motivos la divulgación del mismo ha sido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0838

1. TÍTULO

COMPLETAR LA DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE SADABA

escasa por lo que el nº de entradas es bajo.
El blog se creó con objeto de dar a conocer el funcionamiento del Consejo de Salud y como estrategia del Salud en promoción comunitaria de salud.
El buzón de sugerencias disponible en blog no ha tenido ninguna entrada.
A lo largo de la corta existencia se han publicado de manera periódica artículos de promoción de hábitos saludables, información al usuario de pj : campaña VAG, campaña PCCR....

RESULTADOS ESPERADOS
1- La población adscrita a la ZBS conocerá la existencia del blog
2- La población visitará el blog
3- El blog servirá de plataforma para nuevos proyectos comunitarios.
4-El blog servirá de comunicación entre la comunidad y el Consejo de Salud

MÉTODO
1- Diseñar carteles para dar a conocer el blog en la población
2-Solicitar a ayuntamientos, asociaciones y entidades de la ZBS que incluyan en sus web, blog o redes sociales el enlace al blog del Consejo de Salud.
3- Plantear un actividad de modalidad concurso en la escuela con temática de hábitos saludables que será publicada en blog, de esta manera dar a conocer el blog y el Consejo de Salud entre la población infantil

INDICADORES
-Incremento nº de entradas en blog

- nº web/blog/redes sociales que incluyen enlace a blog / nº web/blog/redes sociales a las que se ha solicitado inclusión

- Incremento nº sugerencias recibidas en buzón.

DURACIÓN
MAYO 2018: Diseñar carteles.
JUNIO 2018 Contactar con entidades para solicitar inclusión de enlace a blog en sus redes sociales.
JUNIO 2018 Contacta con escuela para plantear actividad.
OCT-NOV 2018:Realizar actividad en escuela.
DIC 2018: Medir 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 - 2018/0903

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA MARIA ALVAREZ SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABORDA EZQUERRA ROSARIO
MARIN MURILLO PILAR
ESPINOZA MOSQUERA PAUL
MORENO GUSTRAN CARMEN
PEREZ GUZMAN TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se solicitó a la dirección el listado de pacientes con IC del CS Sádaba.
Se realiza formación de los profesionales del centro:
5/9/2019 Sesión impartida por Rosario Laborda (DUE) sobre Aspectos generales de la IC.
9/1/2020 Sesión impartida por Marta Álvarez (Médico) sobre Manejo de la IC.
Ambas sesiones contaron con la asistencia del 100%de los profesionales del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador 1
nº de ingresos urgentes por reagudización de IC
NO SE CUENTA CON ESTE DATO DADO QUE NO HA SIDO FACILITADO POR EL HOSPITAL
Indicador 2
nº pacientes con IC con VAG/nº pacientes con IC: 53/60-0´883x100- 88´3%
Indicador 3
nº pacientes con IC con vacuna neumococo/nº pacientes con IC: 21/60-0´35x100- 35%
Indicador 4
nº pacientes con IC con exploración básica/nº pacientes con IC: 45/60-0´75x100- 75%
Indicador 5
nº pacientes polimedicados con IC que se les ha realizado revisión prescripción/nº pacientes con IC:
51/60-0´85x100- 85%
Indicador 6
nº pacientes con IC en tratamiento con Calcio-antagonistas / nº pacientes con IC: 17/60- 0´283x100- 28´3%
Indicador 7
nº pacientes con IC en tratamiento con betabloqueantes / nº pacientes con IC: 27/60- 0´45x100- 45%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El hecho de no contar con el dato de los ingresos en hospital por reagudización urgente merma objetividad al proyecto dado que se desconoce si se ha alcanzado el objetivo primordial de disminuir ingresos hospitalarios.
El intento de disminuir la variabilidad entre criterios profesionales se ha alcanzado mediante las sesiones formativas.
El compromiso profesional sobre el manejo del paciente con IC ha sido una constante en la dinámica de trabajo del EAP.
Se tratará de establecer un circuito con cardiología de la zona para facilitar la realización de pruebas complementarias para el diagnóstico de IC.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/903 ========== ***

Nº de registro: 0903

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICEINCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA

Autores:
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA, ALCOLADO ARANDA ANA MARIA, LABORDA EZQUERRA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0903

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA

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
Se han observado los siguientes problemas en la atención a nuestos paciente con Insuficiencia Cardiaca:
- Baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP
- Diferencias en la formación de los profesionales
- Falta de implementación GPC.
- Falta de implicación en el proceso de IC
- Las actividades preventivas comunitarias para IC no se integran en el proceso.
- No se implementan completamente los medios diagnósticos, terapéuticos, cuidados y recomendaciones.
- No existe una ruta asistencial definida para IC.: planes de cuidados, planes estandarizados.

Por lo tanto consideramos que debemos iniciar un proyecto de mejora para conseguir un seguimiento óptimo de los pacientes con IC y mejorar la atención que reciben por nuestra parte, Así evitaremos descompensaciones en pacientes con IC e ingresos de repetición.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar las actividades preventivas en IC.
- Reducir los ingresos en descompensaciones agudas.
- Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica.
- Potenciar los cuidados a los pacientes del programa.
- Adecuar el tratamiento farmacológico en IC.
- Mejorar los conocimientos delas GPC de IC de los profesionales del centro.

MÉTODO
- Se solicitará a Dirección el listado de pacientes con IC de nuestro centro.
- Se implementará el uso de GPC entre los profesionales del centro.
- Aumento de oferta servicios: incorporación plantilla autocuidados, visitas programadas en agenda OMI para pacientes con IC
- Se realizará un plan de formación específico: Sesiones Clínicas sobre IC.
- Se nombrará un referente de IC en el centro (responsable del proyecto).
- Se comunicará el desarrollo del proyecto al Equipo, Servicio de Medicina Interna de referencia y al Consejo de Salud

INDICADORES
- Número de ingresos urgentes por reagudización/ Número de pacientes con ICC (Reducción del 2% respecto al año anterior)
- Número de pacientes con IC con vacunación antigripal/ Número de pacientes con IC (Aumento del 10%)
- Número de pacientes vacunados antineumococica/ Número de pacientes con IC (Aumento del 5%)
- Número de paciente con ICC en los que consta exploración básica (peso, TA, Perímetro abdominal)/ Número de pacientes con IC (Estándar 50%)
- Número de pacientes polimedicados con ICC a los que se ha revisado prescripción / Número de pacientes con IC (Estándar 50%)
- Pacientes con IC en tratamiento con calcioantagonistas / Número de pacientes con IC
- Pacientes con IC en tratamiento con betabloqueantes/ Número de pacientes con IC

DURACIÓN
- Aumento de oferta servicios: agendas OMI, plantilla autocuidados : mayo-diciembre 2018
- Sesiones clínicas: mayo-diciembre 2018
- Comunicación a EAP, Consejo de Salud: mayo- diciembre 2018
- Revisión prescripción: enero-diciembre 2018

OBSERVACIONES
No existe una ruta asistencial de pacientes con IC consensuada con el Hospital Ejea ni con el Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa, que son nuestros hospitales de referancia, lo que dificultará llevar a cabo este proyecto.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0903

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1095

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE SADABA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PAUL ESPINOZA MOSQUERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TENIAS GUALLAR JESUS
ARTERO MUÑOZ JOSE IGNACIO
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes, como son respiratorias y urinarias.
Se han monitorizado dos indicadores (DHD antibióticos totales y porcentaje DDD cefalosporinas de 3ª generación) de los que ha propuesto IRASPROA. Cada profesional ha recibido de forma periódica los indicadores de antibióticos que se monitorizan desde IRASPROA.
Los informes se enviaron desde el Servicio de Farmacia.
El responsable del programa asistió a las sesiones organizadas desde dicho Servicio, el 13 de junio de 2019 (infecciones urinarias del adulto), de la que se dio formación al resto de miembros del equipo a través de una sesión clínica en el Centro de Salud, con fecha 3 de octubre de 2019, a la que asistieron el 90% de los profesionales. Otra sesión, sobre informes de utilización de antibióticos, con fecha 1 de octubre de 2019, de la que no se impartió formación al equipo por el cese del profesional responsable.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A fecha de 31 de diciembre, con datos obtenidos de FarmaSalud, para el periodo enero- diciembre de 2019: el tanto por ciento de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos es del 100%.
DHD antibióticos totales, respecto a las cifras obtenidas en 2018 que fueron el 19%, se ha alcanzado un valor de 17´6 DHD en 2019, lo que supone una reducción del 3% en DHD.
Porcentaje DDD cefalosporinas de 3ª generación, respecto a las cifras obtenidas en 2018 que fueron de 2´3%, se ha alcanzado un valor del 4% en 2019. Aunque se ha producido un aumento en el porcentaje, el número de cefalosporinas prescritas ha disminuido porque las DHD de antibióticos se ha reducido de 19 a 17´6.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es de esperar que la formación y la información de los profesionales favorezca la detección de posibles errores en la prescripción de antibióticos.
Se plantea como recomendación la implementación de técnicas de diagnóstico rápido, una optimización y un uso racional de los antibióticos para minimizar la aparición y expansión de resistencias así como evitar la yatrogenia.
Selección del antibiótico del menor espectro posible, según la etiología y las circunstancias del paciente, utilizando la posología más adecuada y la duración mínima que garantice la duración del episodio.

7. OBSERVACIONES.
Ha quedado pendiente la sesión de infecciones de piel y partes blandas.
Con fecha de diciembre de 2019, tanto el responsable como los colaboradores de este proyecto, no forman parte del mismo por su cese en el mes de noviembre. La realización de esta memoria ha corrido a cargo de Marta María Álvarez Sánchez que será la responsable de PROA-AP desde el 2 de diciembre de 2019.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1095 ========== ***

Nº de registro: 1095

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE SADABA

Autores:
ESPINOZA MOSQUERA PAUL, ARTERO MUÑOZ IGNACIO, TENIAS GUALLAR JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1095

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE SADABA

Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
•% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
•Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 21,5 (reducción de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 2% (reducción de 2% respecto a 2018)
•Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.

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 - 2019/1141

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO, ESTRATEGIAS PARA PREVENCION EN ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO LABORDA EZQUERRA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POLA COVA REBECA
PEREZ GUZMAN TERESA
MORENO GUSTRAN CARMEN
ARTERO MUÑOZ IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIÓN CON AMPA(MAYO 2019), REUNION CON EQUIPO DIRECTIVO,(JUNIO 2019), E LABORACION CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR CON ALUNMOS (SEPTIEMBRE 2019), ENTREVISTA Y COMUNICACION POR EMAIL CON JEFE DE ESTUDIOS DE LA SECCION DEL INSTITUTO Y ENVIO DE LA PROPUESTA DELAS ACTIVIDADES A REALIZAR Y EL CRONOGRAMA A SEGUIR Y SOLICITANDO COLABORACION DE PROFESORES DE DISTINTAS AREAS (OCTUBRE 2019), RECEPCION RESPUESTA A LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN INSTITUTO (FINALES oCTUBRE 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NO SE HA PODIDO LLEVAR A ACABO REALIZACION DEL CORTO POR FALTA DE COLABORACION DEL IES (ALEGAN FALTA DE TIEMPO, FALTA DE EXPERIENCIA EN AUDIOVISUALES, ETC...) Y EN CUANTO A LA CHARLA DICEN QUE SE LES HAN OFERTADO DEL IAM CON CONTENIDO SIMILAR .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN PPIO DAMOS POR CONCLUIDO EL PROYECTO, AUNQUE ANTES DE TERMINAR EL CURSO SE COMENTARA DE NUEVO CON EQUIPO DIRECTIVO Y AMPA PARA VALORAR SU NECESIDAD O NO, Y SI HAY POSIBILIDAD DE REALIZARSE FUERA DE HORARIO LECTIVO, O EN OTRO AMBITO QUE NO SEA EL EDUCATIVO .

7. OBSERVACIONES.
EL PROYECTO FIGURA CON OTRO NUMERO DEL DEL 2018, PERO NO SE HA RECIBIDO CERIFICACION DEL ANTERIOR AUNQUE SE ENVIO MEMORIA, POR CONSIDERARSE CONTINUACION .

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1141 ========== ***

Nº de registro: 1141

Título
VIOLENCIA DE GENERO . ESTRATEGIAS PARA PREVENCION EN ADOLESCENTES

Autores:
LABORDA EZQUERRA ROSARIO, POLA COVA REBECA, PEREZ GUZMAN TERESA, MORENO GUSTRAN CARMEN, ARTERO MUÑOZ IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: ESTRATEGICOS ,

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

PROBLEMA
LA VIOLENCIA DE GENERO ES UN PROBLEMA DE NUESTRA SOCIEDAD QUE AFECTA A LA SALUD EN TODOS SUS ASPECTOS ESTA DEMOSTRADA QUE LA EDUCACION BASADA EN LA IGUALDAD DE SEXOS Y OPORTUNIDADES ES LA BASE PARA ERRADICAR ESTE TIPO DE VIOLENCIA ..LA ADOLESCENCIA ES UNA EDAD ADECUADA PARA ADQUIRIR CONCIENCIA Y APTITUDES.
VARIOS ESTUDIOS Y ENCUESTAS NOS HACEN PENSAR QUE LOS ADOLESCENTES NECESITAN FORMACION Y TOMAR CONCIENCIA AL RESPECTO,

RESULTADOS ESPERADOS
EDUCAR, INSTRUIR Y CONCIENCIAR A LOS ADOLESCENTES PUEDE PREVENIR Y DETECTAR TIPOS DE RELACIONES DAÑINAS ASI COMO DE ABUSOS EN OTROS AMBITOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1141

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO, ESTRATEGIAS PARA PREVENCION EN ADOLESCENTES

MÉTODO
REUNION CON AMPA PARA INFORMAR FAMILIAS, REUNION CON EQUIPO DIRECTIVO . CHARLA TALLER CON ALUMNOS Y ELABORACION VIDEO O CORTO CON ELLOS (GUION, MONTAJE ETC...)

INDICADORES
ENCUESTA CONOCIMIENTOS DETECCION VIOLENCIA GENERO ADOLESCENCIA Y EN GENERAL, DETECCION SEXISMO Y ENCUETA SATISFACION .

DURACIÓN
DESDE MAYO 2019 HASTA OCTUBRE - NOV. 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 - 2018/0658

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATÓLICO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL AGUIRRE DE SANTIAGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ PORTAL VIRGINIA
BUIL COMPANY ESTHER
HERNANDEZ ABADIAS LUCIA
VIELBA DUEÑAS BEATRIZ
GARCIA LAFUENTE NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2019 se ha controlado a los pacientes al menos cada 3 meses por enfermería y al menos cada 6 por medicina en dependencia de si se mantenían estables o presentaban alteraciones en su T.A., peso, grado funcional, edemas o procesos intercurrentes. Tres pacientes, dos mujeres y un hombre han fallecido debido a su insuf. Cardiaca (una durante un ingreso hospitalario, otra de parada cardíaca en su domicilio y el varón durante un ingreso por descompensación de su I.C.).Durante 2019 han sido diagnosticados 4 nuevos pacientes. 7 pacientes han debido ser ingresados por diversas causas (Infección respiratoria,Cardiopatía Isquémica, Angina Inestable, Insuf. Respiratoria, Neumonía y Reparación valvular Aórtica) aunque solamente 1 paciénte ingresó por Insuf. Cardíaca. En cada revisión, ya sea en consulta o en domicilio se ha revisado su tratamiento actual comprobando que al menos tomaban un betabloqueante, un diurético y un IECA o similar (Entresto) y consta la exploración básica, la presencia de sintomatología sospechosa de desestabilización, peso, toma de tensión arterial y perímetro abdominal.
El equipo se ha reunido una vez durante 2019 para valoración general del proyecto siendo la conclusión favorable.
El responsable y los colaboradores se han reunido durante 2019 en dos ocasiones para cambios de impresiones y valoración de varios casos clínicos, siendo en general satisfactorio el resultado obtenido, siendo la opinión general de que si el protocolo estuviera ya implementado en OMI facilitaría mucho la labor de los profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Vacunación Antigripal : 100%
" Antipneumocócica: 98%. Sólo 1 paciente se ha negado a la vacuna.
Registro plan de cuidados : 100%
Adecuación Tratamiento: 100%
Fuente: Hª clínica – OMI
En referencia a las estadísticas de los 22 pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca en el Centro de Salud de Sos del R.C. 15 se han mantenido estables todo el año, 7 han requerido ingreso (de ellos 1 sólo debido a agravación de su Insuf. Cardiaca) y 2 han trasladado su domicilio fuera de nuestra zona de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora valora muy positivamente las actividades realizadas y la consecución de los objetivos, no obstante sigue quedando pendiente hasta el momento la comunicación al Consejo de Salud.
Le educación para la salud, como habitualmente hacemos, la hemos dejado para los momentos en que tenemos al paciente en consulta o en su domicilio con consejos dietéticos, hábitos de vida saludables y repaso del tratamiento dado que reunirlos a todos en sesiones es inoperante.
Consideramos imprescindible la colaboración estrecha entre el personal médico, el de enfermería y la familia del paciente junto con el propio paciente.

7. OBSERVACIONES.
Como decíamos en la anterior memoria, nos parece que sería muy beneficioso para los pacientes y facilitador para los profesionales que les atienden,que se implementara un Protocolo en OMI de Insuficiencia cardiaca con diversos desplegables a fin de registrar de forma pormenorizada la anamnésis, exploración y plan de actuación en cada consulta programada al menos cada 3 meses a fin de hacer un seguimiento estrecho del paciente para adelantarnos a las complicaciones que con tanta frecuencia se dan en esta patología. A tal fin, me comunico con el Dr. Fernando Bielsa para consultar la posibilidad de programar un nuevo protocolo en nueva interfaz en OMI y me dice que los Dres. José Codes de Calatayud y Jose Mª Turón de Alcañiz están elaborándolo. Me pongo en contacto con ellos y resuelvo colaborar en la elaboración final de tal protocolo a fin de implementarlo para todo el Salud. Lo comunico a la Direccion de Atención Primaria y les parece muy bien.
En el año 2019 aún no se ha conseguido la implementación del protocolo en OMI, ni en el Sector Zaragoza III, ni en el Sector Calatayud; y aunque en el Sector de Alcañiz el Dr. Jose Mª Turón Alcaine tampoco lo ha conseguido si que ha conseguido introducir en plantillas Word de OMI las instrucciones para pacientes, la hoja de autocuidados y el predimed.
Dado que en nuestro Sector no aparecen las anteriores plantillas vamos a solicitar que se nos introduzcan.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/658 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0658

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATÓLICO

***

Nº de registro: 0658

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

Autores:
AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL, VELA JUAREZ RAUL, SANZ JIMENEZ MARIA JOSE, PEREZ PORTAL VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

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
Pertenece a los proyector estrella del Sector Zaragoza III para 2018.
La Insuficiencia cardíaca es una patología frecuente en cuestra zona, con población envejecida y alta frecuencia de comorbilidades como la Fibrilación Auricular y la Hipertensión Arterial. Es importante por su alta prevalencia y mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas de la Insuficiencia Cardiaca entre ellas aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica como prevención primaria: Dirigido a todos los pacientes con Insuficiencia Cardiaca.
2. Reducción de uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios evitando ingresos por descompensación.
3. Potenciar los autocuidados de los propios pacientes consigo mismo y de los cuidadores hacia los pacientes. Dirigido a todos los pacientes con esta patología.
4. Adecuar el tratamiento farmacológico en la Insuficiencia Cardiaca: Dirigido a todos los pacientes con esta patología.

MÉTODO
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación Guía Práctica Clínica según la Sociedad Española de Cardiología (www.secardiologia.es)
2. Formación: Sesiones EAP.
3. Listado abierto de pacientes con Insuficiencia Cardiaca en la Zona de Salud.
4. Comunicación del desarrollo del proyecto: Reunión del EAP, Consejo de Salud.

INDICADORES
1. Potenciación de los cuidados en Insuficiencia Cardiaca. Nº de pacientes con este diagnóstico en los que consta la vacunación antigripal (aumentar 10%) y antineumocócica (aumentar 5%).
2. % de pacientes con Insuficiencia Cardiaca en los que const registros del plan de cuidados: Exploración básica, control de peso, perímetro de cintura, Tensión Arterial.
3. Adecuación del tratamiento farmacológico en Insuficiencia Cardiaca: Nº de pacientes polimedicados con esta patología a los que se les ha hecho revisión de tratamiento.

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica:Implementación GPC/Vía Clínica
2. Oferta de Servicios: Plantilla autocuidados / Comunitaria: Mayo - Noviembre 2018
3. Formación : Sesiones EAP : Mayo - Diciembre 2018
4. Listados, comunitaria, indicadores: Marzo - Junio 2018
5. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud: En todo el periodo del Proyecto.

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 - 2018/0658

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATÓLICO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0658

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ VIELBA DUEÑAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL
BUIL COMPANY ESTHER
GARCIA LAFUENTE NATALIA
HERNANDEZ ABADIAS LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- EL GRUPO DEL PROYECTO DE CALIDAD SE HA REUNIDO OFICIALMENTE EN VARIAS OCASIONES EN EL 2019: 2 ABRIL, 7 MAYO, 27 MAYO, 4 NOVIEMBRE.
- A LO LARGO DEL AÑO SE HA DEBATIDO E INTERCAMBIDO INFORMACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO AL RESPECTO DEL PROYECTO, A PARTE DE LA SREUNIONES ANTERIORMENTE CITADAS
- EN ABRIL SE INICIÓ EL DESARROLLO DEL" PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN FAA"
- SE HA REVISADO, EXPLICADO Y EMPLEADO EL TEST RÁPIDO DEL ESTREPTOCOCO A, CUANDO HA PROCEDIDO
- LA DRA. B. VIELBA (RESPONSABLE) Y LA DRA. N. GARCÍA (COMPONENTE) HAN REALIZADO EL CURSO "FORMACIÓN DE FORMADORES EN OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN A.P." ORGANIZADO POR EL SALUD-GOBIERNO DE ARAGÓN, DEL 1/6/2019 AL 3/12/2019 Y SE HA COMPARTIDO INFORMACIÓN CON EL RESTO DEL GRUPO
- SE HAN REALIZADO 4 SESIONES CLÍNICAS EN RELACIÓN CON INFECCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- SE ESTÁ DESARROLANDO EL PROTOCOLO PREVISTO
- SE ESTÁ IMPLEMENTANDO EL USO DEL TEST DEL ESTREPTOCOCO A (ANTERIORMENTE EN INFRAUSO)
- SE HAN DADO 4 SESIONES CLÍNICAS SOBRE INFECCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA (SE HABÍA FIJADO HACER 2): "INFECCIONES PREVALENTES EN INSTITUCIONALIZADOS EN A.P. (DR. M.A. AGUIRRE)", "TUBERCULOSIS (DRA. B. VIELBA)", "ACTUALIZACIÓN EN ITUS (DRA. B. VIELBA)", "INFECCIONES PREVALENTES EN PEDIATRÍA EN A.P. (DR. M.A. AGUIRRE)"
- EL GRUPO SE HA REUNIDO EN VARIAS OCASIONES A LO LARGO DEL AÑO
- SE HAN DISEÑADO LAS FICHAS DE RECOGIDA DE DATOS DEL PROTOCOLO
- SE HA OBJETIVADO UN MEJOR MANEJO DE LAS FAA EN EL CENTRO DE SALUD
- OTROS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EL CENTRO, PERO QUE NO FORMAN PARTE DE ESTE GRUPO, TAMBIÉN ESTÁN HACIENDO USO DEL TEST EN LOS CASOS QUE PROCEDEN EN FAA
- HAY UNA MAYOR CONCIENCIACIÓN DEL USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- COMPARTIR INFORMACIÓN Y TRABAJAR EN UNA MISMA LÍNEA HACE QUE EL MANEJO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS SEA MÁS ADECUADO Y, EN CONSECUENCIA, MEJORE LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y SE HAGA UN USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS, LO QUE ES UN BENEFICIO PARA LA SALUD PÚBLICA
- ES NECESARIO QUE LOS PROFESIONALES ESTEMOS ACTUALIZADOS. EL HACER REUNIONES, SESIONES CLÍNICAS, CURSOS DE FORMACIÓN Y PARTICIPAR EN PROYECTOS DE CALIDAD NOS FACILITA ESA LABOR
- EL GRUPO SEGUIRÁ TRABAJANDO EN ESTE PROYECTO Y EN EL PROTOCOLO QUE ESTÁ EN MARCHA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/658 ========== ***

Nº de registro: 0658

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS

Autores:
VIELBA DUEÑAS BEATRIZ, AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL, BUIL COMPANY ESTHER, GARCIA LAFUENTE NATALIA, HERNANDEZ ABADIAS LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0658

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: ESTRATÉGICO

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

PROBLEMA
- La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las enfermedades más comunes de la infancia.
- La etiología más frecuente es VÍRICA. Si es bacteriana el Streptococcus pyogenes (EbhGA) es el germen más frecuente. Son muy raras en menores de 2 años e insólitas en menores de 18 meses.
- Se tiende a sobrediagnosticar la FAA como estreptocócica, lo que implica la prescripción innecesaria de antibióticos.
- Además, no se usan los antibióticos adecuados en muchos casos.
- En España, hay 16 millones de consultas anuales por odinofagia; 20% de las consultas pediátricas; suponen el 55% de la prescrición antibiótica en este grupo de edad.
- Lo primordial y práctico es averiguar si la FAA está causada por el EbhGA.
- Ningún síntoma/signo aislado ofrece un cociente de probabilidad positivo como para superar el 50% de probabilidad de FA por Estreptococo.
- Los estudios de sensibilidad y especificidad sugieren que el diagnóstico sólo mediante la clínica es erróneo en un 25-50% de los casos.
- Se detecta un uso inapropiado de antibióticos ante FAA víricas. En nuestro Centro de Salud se puede optimizar el uso de antibióticos en FAA. Hasta ahora no se ha empleado el test rápido del estreptococo en FAA dudosas, por lo que se plantea hacer un protocolo ante farinfoamigdalitis agudas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Optimizar el uso de antibióticos para evitar el evidente incremento de las resistencias a antibióticos.
- Educar a los pacientes para evitar automedicación y para que cuando precisen antibiótico cumplan la pauta prescrita.
- Seguir las líneas estratégicas del proyecto IRASPROA.
- Mantener como responsable del uso racional de antibióticos a la Dra. BEATRIZ VIELBA DUEÑAS.
- Instaurar en nuestro Centro de Salud un protocolo de actuación ante FAA, que incluya el uso de los criterios de McIssac y el uso del test rápido del estreptococo cuando proceda.. Fecha de presentación del protocolo al EAP en Abril 2019.
- Población diana: pacientes (mujeres y varones) mayores de 3 años de edad, que acudan tanto a consulta ordinaria como en atención continuada y presenten FAA y que puedan precisar el uso de antibiótico.
- Emplear el antibiótico más adecuado si es una FAA bacteriana.

MÉTODO
- Protocolizar la atención ante un paciente con FAA. En Abril 2019 de presentará dicho protocolo y se repartirán planillas de registro que recojan datos de paciente, criterios McIssac, resultado del test rápido de estreptococo si ha habido indicación de hacerlo, antibiótico si procede (cuál, pauta...), y toda información complememntaria que proceda.
- Las planillas de registro serán entregadas a la responsable del proyecto y 2 veces al año se analizarán los resultados con los colaboradores para sacar conclusiones.
- La responsable de IRASPROA mantendrá informado al EAP de cualquier información que se le comunique desde la GAP o desde Farmacia mediante reuniones y/o sesiones clínicas de EAP.

INDICADORES
-Fichas de registro de FAA. Se analizarán si han precisado antibiótico, si se ha prescrito el adecuado y si se ha disminuído el uso inadecuado de antivbióticos. Se analizarán 2 veces al año.
- Al menos 2 sesiones clínicas en el Centro de Salud sobre infecciones en A.P.

DURACIÓN
Del 1 de Abril 2019 al 1 de Abril de 2020, con intención de conituidad indefinida una vez que se instaure el protocolo.
Las vías de comunicación serán tanto presenciales mediante reuniones de EAP como sesiones clínicas, al menos 2 en el año 2019. En caso de que haya miembros del EAP que no pueden asistir presencialmente serán informados mediante correo electrónico. Se hará acta de las reuniones/sesiones y se enviará por correo electrónico al 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 - 2019/0658

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0629

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE TARAZONA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL BELLOSO RODANES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN GIMENO ANA BELEN
LOPEZ CORONADO JOSE LUIS
PEÑA LEON IRENE
CASTILLO PARRA CARMEN
MIRALLAS ROMANILLOS MARIA ISABEL
MACIPE COSTA MARIA PILAR
COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se han realizado tres sesiones formativas por parte del PROA-AP del Sector III de forma centralizada a las que acudió la persona responsable de Estrategia PROA del Centro de salud:
-14/03/19: Actualización del tratamiento de infecciones respiratorias.
-13/06/19: Actualización del tratamiento de infecciones urinarias.
-01/10/19: Informes de prescripción de antimicrobianos y monitorización de los indicadores.
La sesión sobre infecciones de piel y partes blandas no se ha realizado ya que todavía no se ha actualizado el capítulo correspondiente de la Guía Autonómica de uso de antimicrobianos en Atención Primaria.
2. En el centro de salud se han impartido dos sesiones clínicas:
-25/04/19: Actualización del tratamiento de infecciones respiratorias. Asistencia de 10 miembros del equipo (35%).
-19/09/19: Actualización del tratamiento de infecciones urinarias. Asistencia de 13 personas (46%).
En ambas se hizo especial hincapié en las patologías subsidiarias de ser tratadas con macrólidos y cefalosporinas de 3ª generación con el objetivo de mejorar nuestra prescripción de ambos grupos de antimicrobianos.

A partir de estas sesiones y realizando recordatorios puntuales con casos clinicos y apoyándonos en el uso de la Guia Antimicrobiana del Sector III hemos pretendido mejorar nuestra prescripción antibiotica tanto cuantitativa como cualitativamente enfocando nuestra estrategia este año más concretamente en los grupos de macrólidos y cefalosporinas de 3ª generación.

Ha quedado pendiente la sesión sobre indicadores de prescripción (debido al traslado de la responsable de PROA del centro de salud) aunque sí se realizó una reunión informal al recibir los informes de prescripción para ver aspectos mejorables.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El dato correspondiente a DHD (tasa de consumo de antibióticos de uso sistémico) ha descendido desde el 23,6 al 18,3 siendo un objetivo cumplido.
2. El consumo relativo de antibióticos de amplio espectro respecto al total es del 37,1%, dato similar al del Sector y al de Aragón.
3. El porcentaje de uso de amoxicilina sin clavulánico se sitúa en el 60.4%, mejor dato que el correspondiente al Sector y a Aragón.
4. El porcentaje de macólidos ha descendido del 23,6 al 20,9% que muestra una clara mejoría pero se amntiene por encima de los datos del Sector (18%).
5. El consumo de fluorquinolonas también ha descendido claramente del 12,4 al 9,5 acércandose a la media de Aragón.
6. El dato sobre cefalosporinas de 3ª generación (2,1 a 2,2%) ha empeorado ligeramente pero hay que tener en cuenta que debido a que hemos disminuído mucho el dato de consumo global de antibióticos (de 23,6 a 18,3 DHD, es decir el número de DDD totales ha disminuído mucho en 2019) por lo que el % de utilización de cefalosporinas de 3ª generación ha podido aumentar (hasta un 2,2 que no es un dato muy elevado, ya que la media de Aragón está en un 2,4%) sin incrementar realmente el consumo de cefalosporinas respecto al año anterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos nos permiten ser optimistas y pensar que la estrategia implementada es la adecuada aunque hay aspectos sin duda mejorables.
- Es preciso continuar con las sesiones clínicas formativas e intentar que el número de asistentes se incremente.
- Quedan pendientes la sesión sobre interpretación de indicadores de prescripción de antimicrobianos y la sesión sobre actualizaciín de la Guía Autonómica de tratamiento de infecciones de piel y partes blandas.
- Es importante incidir en el uso de Guía de tratamiento PROA cuyo formato y accesibilidad han mejorado de manera importante y que nos facilita la labor asistencial y el tratamiento adecuado de las infecciones.
- Utilizar los tests diagnóticos en las situaciones en las que sea recomendable.
- Implemantar la prescripción diferida como herramienta útil para el buen uso de los antimicrobianos en determinados casos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0629

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE TARAZONA

En conclusión, es imprescindible dar continuidad a esta vía de mejora de prescripción porque todavía hay aspectos mejorables. Es importante destacar la implicación y compromiso de cada vez más profesionales en esta estrategia que tiene garantizada la sostenibilidad debido a la magnitud del problema y al respaldo que la estrategia tiene desde el Servicio Aragonés de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/629 ========== ***

Nº de registro: 0629

Título
PROYECTO DE MEJORA DE PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE TARAZONA

Autores:
BELLOSO RODANES MARIA ISABEL, ESTEBAN GIMENO ANA BELEN, LOPEZ CORONADO JOSE LUIS, PEÑA LEON IRENE, CASTILLO PARRA CARMEN, MIRALLAS ROMANILLOS MARIA ISABEL, MACIPE COSTA MARIA PILAR, COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

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

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

PROBLEMA
Partiendo del proyecto PROA iniciado el pasado año, insistimos en la importancia de realizar una prescripción antibiótica adecuada con el objetivo de disminuir las resistencias a antibióticos detectadas en los últimos años y que constituye un problema de salud pública importante.
Para ello disponemos de las guias terapéuticas elaboradas en nuestro sector a partir de la Guia de Aljarafe y de los mapas de resistencias realizados en el Servicio de Microbiología del Hospital Clinico Universitario.
Los datos sobre consumo de antibióticos conocidos a través de las sesiones de la estrategia PROA (todavía no transmitidos a los profesionales en su totalidad) indican que hay aspectos que mejorar.
Se ha detectado un uso inapropiado de algunos antibióticos como macrólidos (especialmente azitromicina) y algunas cefalosporinas de 3ª generacion (por comodidad de posología, por insistencia de los pacientes, por inercia terapéutica,...) que habría que mejorar.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar algunos de los indicadores de consumo de antibióticos (especialmente macrólidos y cefalosporinas de 3ª generación) tanto en adultos como en población pediátrica de nuestra zona de salud.

MÉTODO
-Sesiones formativas para reforzar el uso de las guias de tratamiento de enfermedades infecciosas. Destacar las patologías en las que es preciso el uso de macrólidos y cefalosporinas de 3ª generación.
-Conseguir el compromiso de los profesionales para hacer un correcto uso de los antibióticos, especialmente de macrólidos y cefalosporinas de 3ª generación.

INDICADORES
Partiremos de los indicadores de prescripción de antibióticos que se nos van a proporcionar próximamente correspondientes a cada profesional y comparados con el resto de EAP, el Sector y la Comunidad Autónoma.
Realizaremos una evaluación a finales del año para ver si hemos conseguido mejorar los datos.
Al no conocer los datos de los que partimos no podemos fijar cifras de objetivos pero cualquier mejora nos parecerá óptima.

DURACIÓN
Las sesiones se impartirán en los próximos tres meses.
La evaluación se realizará a finales de este año 2019.
Se prevé continuidad con otros grupos de antibióticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0629

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE TARAZONA

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 - 2019/0735

1. TÍTULO

RCP BASICA, OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP BASICA Y UTILIZACIÓN DEL DESFIBRILADOR EN ESCOLARES

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JULIA LASHERAS GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA
MODREGO MOROS MARIA AMPARO
COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA
LATORRE BARRERA SARA
SORIA JIMENEZ MARIA
BELLIDO ALCEGA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado varias actividades básicamente para acercar al Centro sanitario a la población escolar de los colegios e institutos de la Zona Básica de Salud y educarlos en la prevencións, salud y en los primeros auxilios incluídos los de urgencia vital
Nos reunimos el equipo para concretar las fechas de las visitas, exponer el material tanto teórico como práctico y la organización de los educadores

Las visitas fueros de 1 hora y media recibiendo a los escolares y al profesorado:
3º-4º de Eso del Colegio de Nuestra Sñora del Pilar y de la Sagrada Familia (mayo 2019)
Damos la bienvenida a los escolares y profesorado y se divide a los alumnos en grupos máximo de 25
1 grupo con un educador se encarga de guiar y mostrar las distintas dependencias del Centro de Salud mientras el otro grupo pasa a la clase teórica u a través del Power Point se les enseña la práctica del RCP, desfibrildor, maniobras de Heimlich, 112, posición lateral de seguridad y prevenciones.
Seguidamente el equio sanitario dividido en 2 secciones pasa a la práctica, siendo uno de ellos PLS y Heimlichy otro RCP báscia (muñeco para masaje y desfibrilador); tres sanitarios para cada sección
Antes y después cumplimentan un test de 5 preguntas eligiendo 1 de las 3 posobilidades y finalemnte un cuestionario de calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para evaluar esta actividad se ha sumado los aciertos de antes y después de las preguntas test que cumplimentaron los alumnos siendo de un 60% de fallos antes de las clases teórico/prácticas y un un 0% de fallos después de las clases siendo un resultado muy positivo para el aprendizaje de dichas clases

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo el equipo creemos que la escuela/colegio es un ámbito apropiado para la ediucación sanitaria y vemos muy apropiado este aprendizaje para posibles casos en la vida diaria
El custionario de calidad demuestra la implicación de los alumnos para el aprendizaje y la impresión en general de todo nuestro equipo ha sido muy buena

7. OBSERVACIONES.
Seria recomendable que el colegio refrescara estos conocimientos adquiridos tan importantes para la vida diaria

*** ========== Resumen del proyecto 2019/735 ========== ***

Nº de registro: 0735

Título
RCP BASICA, OBSTRUCCION DE VIA AEREA, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP BASICA Y UTILIZACION DEL DESFIBRILADOR EN ESCOLARES

Autores:
LASHERAS GARCIA JULIA, RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA, MODREGO MOROS MARIA AMPARO, COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA, LATORRE BARRERA SARA, SORIA JIMENEZ MARIA, BELLIDO ALCEGA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0735

1. TÍTULO

RCP BASICA, OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP BASICA Y UTILIZACIÓN DEL DESFIBRILADOR EN ESCOLARES

Otro Tipo Patología: Eduación Sanitaria
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde nuestra experiencia con escolares queremos volver a realizar dicho proyecto encaminado a saber identificar situaciones de riesgo como son la parada cardiorespiratoria (RCP básica), obstrucción de la vía aérea (maniobra de Heimlich) y manejo del desfibrilador (DESA) y creemos que es el Centro de Salud el lugar idóneo para realizar dicho proyecto

RESULTADOS ESPERADOS
En genral queremos que sepan reconocer una situación de riesgo vital como son parada cardiorespiratoria, atragantamiento y activar los sistemas de emergencia
Tener los conocimientos básicos para la utilización del desfibrilador y realización precoz de la resucitación cardiorespiratoria y maniobra de Heimlich.
Este proyecto va destinado a los escolares de 3º de la ESO de distintos colegios de Tarazona

MÉTODO
Reunión de equipo a finales de Marzo para concretar el proyecto y división del equipo en grupos encaminados a establecer:
educador para el recorrido del Centro de Salud
educador para la sesión del Power Point
educadores para los talleres prácticos

Reunión semanal para la organización del equipo en los días de la visita de escolares y custiones varias

El material del que disponemos es :

1 Desa para el manejo de la desfibrilación
1 muñeco para el aprendizaje de la RCP

INDICADORES
Se les invita a los distintos colegios y el día que acuden al Centro de Salud cumplimentarán un cuestionario pre test sobre los temas que vamos a tratar antes del recorrido por el centro, la sesión teórica del Power y el taller Practico y posteriormente cumplimentarán de nuevo el mismo cuestionario para valorar los conocimentos aprendidos

Al terminar se les entregará un cuestionario para recoger impresiones de los alumnos

DURACIÓN
Es un proyecto que viene determinado por el calendario escolar.
Las primeras visitas tanto del Colegio Nuestra Señora del Pilar como del colegio Sagrada Familia se realizará en el mes de Abril (pendientes de que confirmen los días) y la finalización del proyecto será en Enero 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 - 2019/0882

1. TÍTULO

TRANSFERENCIA HISTORIAS CLINICAS ZONA RURAL

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... EMILIA GARCIA HUERTA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADELL RUIZ RAFAEL
ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO
CACHO VAL MARIA AURORA
GIL LIGOS MARIA FELISA
RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA
TAUS GREGORIO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento era la documentación de todas las historias clínicas de pacientes fallecidos que se encuentran archivadas en los consultorios del EAP de Tarazona para dejar espacio en ellos y documentarlas para su "Archivo Definitivo" en el archivo de la administración de la D.G.A.
Lo primero que hicimos fue presentar el proyecto al EAP (Coordinador EAP) y hablar con los binomios de los consultorios (Médico y ATS) para el traslado de dichas historias clínicas al Servicio de Admisión del C.S. Tarazona.
Una vez que tuvimos todas las historias en nuestro servicio, contactamos con Dirección de AP Sector III para que nos enviaran el procedimiento a seguir para la Transferencia de las Historias Clínicas al Archivo de la Administración de la D.G.A. y también nos informaran del procedimiento para solicitar, si en algún momento fuera necesario, alguna historia clínica que ya estuviera de el Archivo de la Administración.
Documentamos y ordenamos todas las historias de exitus desde el año 2002 hasta el 2015, ya que en el momento del archivo deben haber transcurrido un mínimo de tres años desde el cierre de la historia clínica y las archivamos en el modelo de archivador "Archivo Definitivo".
El contenido de cada una de las cajas las relacionamos en la "Hoja de Transferencia de Fondos" del Archivo de la Admistración para lo cual nos enviaron una hoja modelo. Una vez cumplimentadas se remitieron por correo electrónico a Magdalena Gómez (Jefa de Sección Archivo DGA) y dada la conformidad es cuando se enviaron las cajas a dicho Archivo para lo cual nos pusimos en contacto con Pedro Gutierrez (encargado de avisar a la empresa encargada de ir a los centros rurales a recogerlas).
En dicha "HOJA" debía constar: el nº de caja, siendo un número correlativo empezando desde el 1, de manera que fuera fácilmente legible para su traslado y colocación en las estanterías del archivo; el nº de expediente (AR de cada paciente); fecha final (año de fallecimiento) y, contenido (nombre y apellidos).
Las relaciones las remitidos por duplicado en formato papel debidamente firmadas y selladas. Una vez ingresadas en el Archivo de la Administración nos devolvieron una de las hojas cumplimentadas con la signatura definitiva (número de caja) para facilitar la consulta de los expedientes.
No obstante, conservamos este documento también en formato electrónico en el centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido archivar y relacionar todas las historias de pacientes fallecidos de la zona rural desde el año 2002 hasta el 2015 y hemos enviado la relación de todos los pacientes a Magdalena Gómez (Jefa de Sección de Archivo de la D.G.A.)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a la colaboración de todos los componentes del proyecto y a la implicación de los binomios de los consultorios periféricos del EAP de Tarazona hemos conseguido alcanzar el objetivo principal del proyecto.
Seguiremos archivando los exitus de los siguientes años para proceder a su envío cuando corresponda y tener todas las historias archivadas en el Archivo de la Administración de la DGA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/882 ========== ***

Nº de registro: 0882

Título
TRANSFERENCIA HISTORIAS CLINICAS ZONA RURAL

Autores:
GARCIA HUERTA EMILIA, ADELL RUIZ RAFAEL, ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO, CACHO VAL MARIA AURORA, GIL LIGOS MARIA FELISA, RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA, TAUS GREGORIO MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0882

1. TÍTULO

TRANSFERENCIA HISTORIAS CLINICAS ZONA RURAL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

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

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

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la documentación de todas las historias clínicas de pacientes fallecidos que se encuentran archivadas en los consultorios del EAP de Tarazona.

RESULTADOS ESPERADOS
Dejar espacio en dichos consultorios y documentarlas para su "Archivo Definitivo" en el archivo de la administración de la DGA.

MÉTODO
1.- Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP
2.- Contactar con binomio de los consultorios para el traslado de las historias clínicas al servicio de admisión del C.S. Tarazona.
3.- Documentar historias de exitus a partir del 1-1-2002 hasta 31-12-2015
4.- Enviar Archivos Definitivos
5.- Sesión al EAP sobre Documentación y Archivo (Ponente Dr. Carlos Seco).

INDICADORES
Almacenamientos de historias clínicas siendo toda la documentación a partir del 1-1-2002 debiendo haber transcurrido un mínimo de 3 años desde el cierre de la historia.
El formato será el de "Archivo definitivo".
Relacionar cada una de las cajas en la "Hoja de transferencia de fondos" del Archivo de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Conservar dicho documento en formato electrónico y enviarlo por correo a Magdalena Gómez (Jefa de Sección Archivo DGA)

DURACIÓN
1.- Difusión e información del proyecto de EAP tras la firma del AC.
2.- Creación del circuito: marzo-abril
3.- Finalización del proyecto Diciembre de 2019
4.- Valoración de la actividad realizada

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 - 2019/1011

1. TÍTULO

SEGUIMOS ORGANIZANDO EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... IRENE PEÑA LEON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CIORDIA GARCIA MARIA LUISA
GIRON ESTRADA VANESSA
INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE
LATORRE BARRERA SARA
MARTINEZ LAPEÑA MARIA ANGELES
SORIA JIMENEZ MARIA
TURRION GONZALEZ JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Durante el 2ºy3º trimestre del año nos reunimos en múltiples ocasiones para revisar el contenido del almacén y tras ello procedimos actualizar las cosas que son necesarias, tras preguntar y consensuar, pidiendo unas y quitando otras.
2- Una vez que teníamos claro qué debía haber en el almacén ideamos cómo organizar y rotular. Para ello nos reunimos con la técnico de Salud que nos aportó ideas y explicó cómo se hace en otros sitios. Con nuestras ideas y sus aportaciones procedimos a pedir gavetas y perfiles para rotular y utilizamos cajetines que habían sobrado de un proyecto previo.
3. Con el material recibido, durante el inicio del 4º trimestres procedimos a reorganizar el almacén y rotular. En tema de medicamentos separamos vía oral, intravenosa y tópica y nos decidimos por una organización alfabética.
4. Acordamos que, como hasta ahora, sería la TCAE quién se encargase de las caducidades disponiendo siempre en primera línea las cosas que antes caducasen y con un sistema de marcado de las cosas con caducidad próxima (remarcar con rotulador).En este mismo tema decidimos que debíamos intentar no desperdiciar tantas cosas caducadas y para ello ideamos un sistema de notificación trimestral a los compañeros, mediante correo OMI, para recordar revisar los materiales y medicamentos de las consultas y maletines de cada uno y todo lo que fuera a caducar en los siguientes 3 meses dejarlo en un espacio ideado para ello en el almacén y que la TCAE, una vez recogido, se encargase de intentar darle salida antes que a otros productos iguales con caducidad más larga.
5. Así mismo, a la hora de intentar determinar los mínimos a pedir nos decantamos por el pacto de farmacia pues tras revisarlo vimos que era acorde a las necesidades habituales del C. Salud.
7. Finalmente, aunque ya habíamos ido explicando las acciones realizadas a los compañeros, hicimos una reunión conjunte en el propio almacén, Además, enviamos ya el 1º recordatorio OMI (a medidos del 4º trimestre)I para revisar caducidades de nuestras consultas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Organización y rotulación del almacén.
Disponer de un lugar para depositar material próximo a caducar en el almacén.
Establecer las necesidades a pedir/mínimos.
Sesión informativa al finalizar el proyecto para darlo a conocer: asistencia 76%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante un buen orden para localizar fácilmente las cosas, aunque sea la primera vez que entras en el almacén.
Importancia control de caducidades. Esto implica también seguridad..
Dar el valor a las cosas de las que disponemos e intentar no desperdiciar material (economía y medio ambiente).
Es un trabajo de todos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1011 ========== ***

Nº de registro: 1011

Título
SEGUIMOS ORGANIZANDO EL CENTRO DE SALUD

Autores:
PEÑA LEON IRENE, GIRON ESTRADA VANESSA, INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE, TURRION GONZALEZ JESUS, MARTINEZ LAPEÑA MARIA ANGELES, CIORDIA GARICA MARIA LUISA, LATORRE BARRERA SARA, SORIA JIMENEZ MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1011

1. TÍTULO

SEGUIMOS ORGANIZANDO EL CENTRO DE SALUD

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

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

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

PROBLEMA
Partiendo de los proyectos de urgencias realizados en años previos, insistimos en una buena organización de los espacios. En este caso no sería sólo una organización correcta del almacén, sino también la tenencia de los materiales correctos pues revisadas las existencias presentes en el mismo hay muchas cosas que no se usan y se caducan.
Además, importancia de organización de la salida de materia del almacén con un registro del mismo (para control de stock), así como concienciar de no acumular en las consulta aquellos materiales que se caducan e intentando en este caso la recirculación de los materiales en fechas próximas a su caducidad para su aprovechamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar organización del almacén y control de caducidades del stock.
Crear un registro de salida de materiales y de vuelta cuando están próximos a la caducidad

MÉTODO
Reuniones del grupo de trabajo y con los miembros del equipo del C. Salud para recabar información sobre los materiales que se consideran necesarios en el almacén y sobre los que sobran. Usar las mismas para concienciar sobre el acúmulo de cosas en las consultas..
Organizacíon del almacén, rotulando los cajetines con lo que contienen y reorganización de las estanterías/espacio del almacén dejando a la vista lo más usado.

INDICADORES
Existencia de hoja de registro de salida: si/no.
Existencia de hoja de vuelta de material al almacén con caducidades registradas: si/no.
Organización del espacio: si/no
Rotulación de cajetines: si/no.
Sesión informativa al finalizar el proyecto para darlo a conocer. Al menos 70% de asistencia del personal.

DURACIÓN
Trimestres 2º-3º-4º de 2019 con evaluación a final de este año 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 - 2019/1435

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA. TELEDERMATOLOGIA

Fecha de entrada: 29/02/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR COSCOLIN GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLOSO RODANES MARIA ISABEL
MACIPE COSTA MARIA PILAR
GARGALLO GOMEZ PILAR
TURRION GONZALEZ JESUS
CIORDIA GARCIA MARIA LUISA
PEÑA LEON IRENE
INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Formación de un grupo de trabajo con profesionales médicos del CS de Tarazona. Constitución del equipo de mejora para la realización del proyecto.
2. 2ª Reunión en Mayo-19. Reunión informativa sobre el proyecto de dermatología en AP, exponiendo la necesidad de formación específica en dermatología para profesionales del equipo con la finalidad de mejorar el diagnóstico de las lesiones dermatológicas que atendemos cada día en la consulta de AP. Se plantean los principales objetivos del proyecto: diagnóstico de lesiones malignas dermatológicas y mejora de habilidades para diagnóstico clínico y dermatosópico, utilización de la dermatoscopia como gran ayuda para reducir la incertidumbre diagnóstica.
Exposición de un listado de patologías benignas subsidiarias de inicio de tratamiento en AP: verrugas víricas, acné leve- moderado, queratosis seborreicas, molluscum, se realiza una actualización en estas patologías.
3. 3ª Reunión. Junio-19. Se realiza sesión clínica sobre actualización en tumores cutáneos con el objeto de mejorar el diagnóstico clínico.
4. 4ª Reunión. Julio-19. Reunion formativa sobre el uso del dermatoscopio enviado por la Direccion de Atención Primaria del Sector lll, informando sobre el manejo del dispositivo y soporte informático necesario para la utilizacion de imagenes clinicas y dermatoscópicas de lesiones dermatológicas subsidiarias de consulta a través de teledermatología.
5. 5ª Reunión. Octubre-19. Puesta en común de dudas y dificultades encotradas por parte de los profesionales en el manejo del dermatoscopio y aportaciones de los médicos para mejorar el desarrollo de este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Tras la realización de las sesiones se ha conseguido una puesta al día y actualización sobre conocimientos clínicos y dermatoscópicos en lesiones dermatológicas para los médicos del Centro de Salud de Tarazona.
- El porcentaje de médicos que han acudido al menos a 4 de las 5 sesiones realizadas ha sido del 80%.
- En el último trimestre de 2019 se ha comenzado a utilizar la interconsulta con teledermatolgia, aunque con el inconveniente añadido de los importantes cambios en el Equipo tras la incorporacion de los nuevos compañeros médicos en Noviembre-19.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- El programa de actualización de dermatología para los profesionales del Centro de Salud de Tarazona ha resultado muy enriquecedor, nos ha permitido mejorar las habilidades clínicas para el diagnóstico de lesiones dermatológicas y optimizar las derivaciones a la consulta de dermatología.
- Tras el último concurso de traslados de Médicos, ha habido importantes cambios en el Equipo de Atención Primaria de Tarazona con incorporacion de nuevos compañeros al equipo (8 médicos nuevos se han incorporado al centro desde Noviembre-19). Nos parece muy importante poder continuar con este proyecto para lo cual ya se ha solicitado nueva formacion en teledermatología para el Equipo para poder continuar con los objetivos del mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1435 ========== ***

Nº de registro: 1435

Título
HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA. TELEDERMATOLOGIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1435

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA. TELEDERMATOLOGIA

Autores:
COSCOLIN GARCIA PILAR, BELLOSO RODANES MARIA ISABEL, MACIPE COSTA MARIA PILAR, GARGALLO GOMEZ PILAR, TURRION GONZALEZ JESUS, CIORDIA GARCIA MARIA LUISA, INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE, PEÑA LEON IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

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

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

PROBLEMA
El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica. La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuado.
Con un dermatoscopio adecuado es posible tomar imágenes dermatoscópicas de las lesiones y adjuntarlas a la interconsulta que realicemos a Dermatología, de esta forma agilizaremos las consultas entre AP y dermatología.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo primario:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas
Objetivos secundarios:
Formación en dermatoscopIa, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipía.
Realizar las interconsultas a dermatologia aportando además de datos clínicos, características dermatoscópicas de las lesiones, así como imagen dermatoscópica de las mismas.

MÉTODO
Formación de los médicos del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio . Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP. Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatologia (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....) Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).
Formación en el manejo del soporte informático necesario para la realización de consultas con teledermatologia, adjuntando las imágenes dermatoscópicas de las lesiones a la interconsulta virtual a Dermatología.

INDICADORES
Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 4). Fuente de información: Actas con firma de asistentes. Porcentaje de médicos que han acudido a al menos tres sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%) Fuente de información: Actas con firma de asistentes. Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%). Fuente de información: audit historias.
Porcentaje de interconsultas virtuales solucionadas a través de la información clínica e imágenes dermatoscópicas emitidas desde AP al Servicio de dermatología sin necesidad de presencia física del paciente en la consulta de Dermatología.

DURACIÓN
Formación de los profesionales responsables: Mayo, Junio 2019 Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Junio 2019 Sesión formativa sobre el soporte informático necesario para adjuntar imágenes dermatoscópicas a las interconsultas virtuales a Dermatología: Junio de 2019 Elaboración de sesión consenso patologías banales: tercer trimestre 2019 Sesión formativa tratamientos en AP: cuarto trimestre 2019 .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1435

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA. TELEDERMATOLOGIA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0600

1. TÍTULO

PREVENCION DE MALOCLUSION Y HABITOS BUCODENTALES EN NIÑOS DE 4-5 AÑOS

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ..... ESTRELLA MARTINEZ MARCO
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LASHERAS GARCIA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El 16 de Enero del 2019 iniciamos la organización de este proyecto. Tras varias conversaciones entre la enfermera pediatrica y la higienista dental, sobre el número de niños de cuatro años, que acudian a la consulta de pediatría con caries y hábitos perniciosos que podían derivar en maloclusiones dentales, nos reunimos, para iniciar el proyecto en el que adelantar la primera revisión odontológica de 6 a 4 años.
El proyecto se comunico al odontólogo, la pediatra, el coordinador de enfermeria y la coordinadora médica del Centro de Salud de Tarazona.
Se han realziado reuniones periódicas entre la enfermera pediátrica y la higienista dental.
La forma en que se procedio a realizar la intervención fué: la enfermera pediátrica captaba a los niños de 4 y 5 años, aprovechando la revisión en esa edad y los derivaba a la higienista dental.
La higienista dental ya en consulta, realizaba la revisión bucodental, la educación en hábitos de salud bucodental, colocaba flúor, realizaba los sellados en fosas y fisuras en los casos necesarios y efectuaba la recogida de datos (edad del niño, fecha de nacimiento, CAOD y cod, hábitos perniciosos, tipo de oclusión, forma y duración de lactancia.)
Respecto a la evaluación del programa, habría que destacar que la coordinación entre pediatría y odontología ha sido primordial para la realización de este programa.
Los materiales utilizados han sido los habituales en las revisiones dentales de los niños de 6 años (espejos de exploración, flúor en barniz y en gel, cubetas, sellados de fiuras, etc.)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados obtenidos han sido los siguientes; se ha realizado la revisión dental a 56 niños en edades comprendidas entre 4 y 5 años, de los cuales el 82% presentaba una normo-oclusión y el 18% una oclusión alterada.
De los niños observados con maloclusión, un 80% tenían hábitos perniciosos, mientras que solamente el 9% de los niños con una oclusión correcta, mantenían hábitos como chuparse el dedo o usar chupete y biberón.
Respecto a las caries, el 43% de los niños observados presentaban caries en dientes deciduos, pudiendo provocar la prematura perdida de esas piezas y con ello, posibles maloclusiones.
La comparación respecto al inicio y final no se puede realizar debido a que es un programa que empieza de cero.
Hasta ahora no se realizaban revisiones periódicas a niños en esta franja de edad.
El grado de consecución de los objetivos, habrá que analizarlo en los próximos dos años, cuando los niños de este proyecto alcancen la edad de 6 años y en la revisión de esa edad se contrasten los datos con años anteriores.
La participación ha sido elevada y ha tenido un gran acogimiento en las familas de Tarazona.
Los objetivos no alcanzados todavía no se pueden evaluar.
El interés mostrado por las madres, nos motivo para reunirnos con el matrón de Tarazona e iniciar una captación de embarazadas, para en un futuro realizar un programa para revisiones y educación de salud bucodental en embarazadas y recien nacidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de revisiones en edad preescolar, ayuda a identificar numerosos factores de riesgo de las maloclusiones e identificar hábitos nocivos que provocan caries dental y maloclusiones, de manera que favorece la intervención precoz y la prevención de las mismas.
Este proyecto pretende mantenerse en el tiempo, al menos dos años de sostenibilidad, para poder realizar comparativas y ampliar el número de visitas a la consulta de odontología de los niño en edad preescolar.
El progrma en un principio no necesita reorientación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/600 ========== ***

Nº de registro: 0600

Título
PREVENCION DE MALOCLUSION Y HABITOS BUCODENTALES EN NIÑOS DE 4-5 AÑOS

Autores:
MARTINEZ MARCO ESTRELLA, LASHERAS GARCIA JULIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0600

1. TÍTULO

PREVENCION DE MALOCLUSION Y HABITOS BUCODENTALES EN NIÑOS DE 4-5 AÑOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

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

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

PROBLEMA
Desde nuestra experiencia en la Consulta observamos en gan número de niños/as con problemas de maloclusión y principios de caries muchos de ellos motivados por hábitos nocivos, los cualess son mejorables con una educación sanitaria dirigida a padres y a niños/as desde la infancia

RESULTADOS ESPERADOS
- Conocer y mejorar los hábitos nocivos de maloclusión en niños/as.
- Educación sanitaria para la prevención de caries en la infancia.

MÉTODO
Participan enfermera de pediatría e higienista dental.
-Captación de niños/as en edades comprendidas de 4-5 años, aprovechando la revisión efectuada por pediatría en dichas edades.
- Derivación a la higienista Dental de dichos niños.
- Educación sanitaria para la prevención y maloclusión dental y habitos bucodentales.

INDICADORES
Contabilizar el número de niños/as que acuden a la higienista dental derivados por la enfermería de pediatría a los cuatro años.
Valorar resultados.

DURACIÓN
Es un proyecto que viene determinado por las citas programadas de enfermería de pediatría de cuatro años. De esta se deriva a higienista dental.
Fecha de inicio del proyecto: febrero del 2019. Finalización del proyecto: Enero 2020.
Reunión de las participantes para clarificar conceptos y recogidas de datos.

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 - 2018/0671

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO EN DERMATOSCOPIA EN EL EAP DE TAUSTE

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL BUÑUEL GRANADOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FRANCES ANTONIO
ZUECO OLIVAN GEMMA
MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA
MOLINES FUERTES HORTENSIA
AREVALO AMATRIAIN INMACULADA
JACA PINZOLAS JUAN CARLOS
ANTONIO CARRERAS GIRALDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
29/11/18: Formación sobre dermatoscopia en el Centro de Salud de Tauste
20/12/18: Reunión en Hospital Clínico para formación en dermatoscopia del coordinador del proyecto y presentación del proyecto de teledermatología
21/12/18: Reunión de equipo para explicar el proyecto de teledermatología y nociones básicas en dermatoscopia
13/05/19: Sesión en EAP Tauste
11/07/19: Formación sobre plataforma para Teledermatología
18/11/19: Presentación del proyecto a los nuevos facultivos incorporados al equipo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se han adquirido conocimientos básicos en dermatoscopia por parte del equipo, para poder diferenciar la patología maligna que precisa valoración urgente de la patología que se puede demorar su valoración
- El equipo ha tenido acceso durante un tiempo limitado al uso de un dermatoscopio y el interés de los profesionales por valorar las lesiones con el mismo ha aumentado tras las formaciones realizadas
- Se ha comenzado a adquirir destreza en el manejo de dermatoscopio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- El interés de los profesionales por valorar las lesiones hiperpigmentadas con el dermatoscopio, ha aumentado tras las sesiones de formación.
- Se ha retrasado la dotación de dermatoscopio al equipo y, por la tanto, la participación en el proyecto de Teledermatología
- Una vez que se disponga de este elemento, es de esperar que mejore la derivación de las lesiones al servicio de Dermatología.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/671 ========== ***

Nº de registro: 0671

Título
HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE

Autores:
BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL, LOPEZ FRANCES ANTONIO, ZUECO OLIVAN GEMMA, MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA, MOLINES FUERTES HORTENSIA, AREVALO AMATRIAIN MARIA INMACULADA, JACA PINZOLAS JUAN CARLOS, ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

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: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0671

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO EN DERMATOSCOPIA EN EL EAP DE TAUSTE

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

PROBLEMA
El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas
Objetivos secundarios:
Formación en dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia.

MÉTODO
Formación de al menos 1 profesional del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .
Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.
Valoración de las lesiones mediante dermatoscopio, previo a su envío a Dermatología, si procede.

INDICADORES
-Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 3). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
-Porcentaje de médicos que han acudido a al menos 2 sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%) Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
-Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 1%, en el cupo del profesional que ha recibido formación por parte del sector). Fuente de información: audit historias.

DURACIÓN
-Formación de los profesionales responsables: Fechas que establezca la Dirección del Sector
-Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Solicitado en el Plan de Necesidades de 2018. Pendiente de adjudicación de presupuestos.
-Sesiones formativas del Equipo: Se realizarán con posterioridad a la recepción del Dermatoscopio y a la formación recibida por el responsable del proyecto.

OBSERVACIONES
En principio se va a incluir uno de los cupos de medicina, que será el evaluado, aunque la práctica se extenderá al resto de profesionales, con la peculiaridad de los consultorios periféricos, dado que la ubicación del Dermatoscopio va a ser la cabecera 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 - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE LAUDO TESAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA
ZUECO OLIVAN GEMMA
FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION
JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS
MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA
MOLINES FUERTES HORTENSIA
LURI PASTOR ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A) Actividades: Este proyecto tiene como objetivo mejorar el manejo de la Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria en la Zona Básica de Salud de Tauste. Es el Proyecto Estratégico estrella del sector III para los años 2018 y 2019, siendo por ello un Proyecto de Seguimiento.
Según la casuística existe una baja cobertura, gran variabilidad y ciertas desigualdades en la atención a la Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria, como son: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en la formación de los profesionales y una baja implicación en el proceso de control y seguimiento de la Insuficiencia Cardíaca por parte de los Equipos de Atención Primaria.
Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración de la colaboración Atención Primaria-Atención Especializada, implementación de Guías de Práctica Clínica, y aumento de la resolutividad de la Atención Primaria en el manejo y seguimiento de la Insuficiencia Cardíaca.

La Insuficiencia Cardíaca tiene una prevalencia del 1-2 % en la edad adulta y aumenta a más del 10 % en personas mayores de 70 años. La mortalidad al año del diagnóstico es del 7 % en los pacientes estables, y del 17 % en los que han estado ingresados. Con estos datos tomamos conciencia de la importancia de esta patología y de la necesidad de poder manejarla desde Atención Primaria.

Inicialmente, el día 9/4/2018 tuvo lugar la presentación del Proyecto al EAP de Tauste en una reunión entre los integrantes del mismo, donde se explicó el Acuerdo de Gestión firmado para el año 2018 y en la que se expusieron los diferentes proyectos del Sector III. En una posterior reunión celebrada el día 26/4/2018 se adjudicaron los proyectos a las personas más interesadas en cada uno de ellos. En el Proyecto de Insuficiencia Cardíaca, la población diana era toda aquella que estaba en los listados facilitados desde el Servicio de Farmacia del sector III del Salud correspondiente a la zona básica de salud de Tauste que estuvieran codificados en OMI con el código K77.
Se solicitó colaboración al Servicio de Cardiología de referencia para nuestro Centro de Salud, y se desplazó a Tauste el Dr. Monzón, Cardiólogo del Hospital Clínico de Zaragoza para impartir una charla sobre los aspectos más prácticos de la Insuficiencia Cardíaca el día 9/5/2018.
Se convocó a una sesión al estamento de Enfermería de la zona básica para elaborar un plan de medición de variables intermedias de proceso, relativo a insuficiencia cardíaca, consistente en planes de cuidados, planes estandarizados e implicación del paciente en el manejo y control de los síntomas de la Insuficiencia Cardíaca. Todo ello se pudo articular a través de las diferentes herramientas del programa OMI.

Asimismo el día 3/12/2018 tuvo lugar una sesión clínica por mi parte para repasar los aspectos más dudosos acerca del abordaje y manejo de la Insuficiencia Cardíaca desde que se inició el Proyecto en Mayo de 2018.

El día 9/9/2020, tuvimos una reunión de los miembros del EAP en la cual repartí a los facultativos del centro de salud, los listados que previamente me habían remitido desde el Departamento de Farmacia del Sector III, relativos a los pacientes con Insuficiencia Cardíaca y toma conjunta de Beta-Bloqueantes, así como los que tenían prescritos Calcio-Antagonistas (Diltiazem y Verapamilo). El objetivo era revisar los listados y pautar de forma preferente Beta-Bloqueantes cardioselectivos como Bisoprolol o Nevibolol; y evitar en la medida de lo posible la toma de Diltiazem y Verapamilo, ya que son desencadenantes de descompensación de la Insuficiencia Cardíaca, siendo preferible si no queda otra opción, la toma de Amlodipino.

Continuando con el calendario de sesiones clínicas, el día 23/9/2019, se impartió por parte del Dr. Daniel Escribano, Médico de Familia del Centro de Salud Oliver de Zaragoza, la sesión titulada “Mejora de la atención a la Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria”, donde nos aportó sus conocimientos y experiencia.

Por último, el día 20/1/2020, como responsable del Proyecto, presenté una última sesión donde repasamos los aspectos fundamentales del mismo, así como las impresiones de los miembros del EAP con respecto al desarrollo del Proyecto, manifestando un nivel de satisfacción alto.

Al inicio del proyecto se expusieron distintas Guías de Práctica Clínica para intentar consensuar los apartados más interesantes de cada una de ellas y adaptarlos a la forma de trabajar en Atención Primaria. Para ello se consultaron las siguientes publicaciones:
+ Consenso 2017 de la ACC (American College of Cardiology) sobre el manejo de la Insuficiencia Cardíaca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

+ Guía de Práctica Clínica sobre tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica elaborada por el Ministerio de Sanidad en 2016.
+ Guía ESC (Sociedad Europea de Cardiología) 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Aguda y Crónica.
+ Manual práctico del manejo integral del paciente con Insuficiencia Cardíaca Crónica, 4º edición; del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.
El desarrollo de todo este proyecto se le comunicó en una reunión al Consejo de Salud de la zona en Septiembre de 2018 dando su conformidad y satisfacción por su implementación.

B) Calendario: Se estableció un calendario a desarrollar desde Mayo de 2018 hasta Enero de 2020, incluyendo reuniones de EAP para seguimiento de las actividades, preparación de las sesiones, aportar ideas a desarrollar, reuniones del Consejo de Salud, etc…

C) Recursos empleados: Uso racional de recursos: Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento por parte de pacientes y familiares, adecuada comunicación Atención Primaria-Atención Especializada, implementación de Guías de Práctica Clínica, y aumento de la capacidad de resolución en la atención de la Insuficiencia Cardíaca por parte de la Atención Primaria.

D) Acciones realizadas: Como mejora de las actividades preventivas se propuso como actividad comunitaria, Grupos de Ejercicio Físico durante los veranos de 2018 y de 2019 consistente en paseos saludables de familiares y pacientes con Insuficiencia Cardíaca, acompañados de 2 enfermeras del Centro de Salud cambiando el itinerario cada día y siempre por terreno lo más llano posible, siendo esta una actividad que tuvo una buena acogida y con un alto grado de satisfacción por parte de los participantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A) Estándar marcado: - Reducción de las consultas en el Servicio de Urgencias Hospitalarias en el centro de referencia de nuestra zona básica de salud, en este caso, el Hospital Clínico de Zaragoza. Dirigidos a la población con Insuficiencia Cardíaca con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables. Para ello se propone la medición del siguiente indicador: Nº Ingresos potenciales / Nº Ingresos urgentes con reagudización de Insuficiencia Cardíaca respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. - Potenciación de los cuidados en Insuficiencia Cardíaca: se recomienda el siguiente indicador: Nº pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca en los que consta la vacunación antigripal . Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal respecto al año anterior.
- Pendiente establecer circuito para la vacunación del neumococo que actualmente depende exclusivamente de Atención Especializada. El objetivo es un aumento del 5% en vacunación antineumocócica respecto al año anterior. Recientemente se ha elaborado el nuevo Calendario de Vacunación del Adulto en donde se recomienda la vacuna antineumocócica polisacarídica de 23 serotipos a todas las personas que cumplan los 65 años de edad durante el año en curso y no hayan recibido una dosis en los últimos 5 años.
- Porcentaje de pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control de peso, perímetro de cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. - Adecuación del tratamiento farmacológico en Insuficiencia Cardíaca: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%.
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con Calcio-Antagonistas, en concreto Diltiazem y Vearapamilo, respecto al total de pacientes con Insuficiencia Cardíaca. Objetivo: medir situación de partida.
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con Beta-Bloqueantes respecto al total de pacientes con Insuficiencia Cardíaca. Objetivo: medir situación de partida.

B) Impacto: a falta del pertinente análisis estadístico de los datos durante los años 2018 y 2019, nuestra percepción subjetiva es que ha mejorado la identificación y el control de los síntomas de descompensación de la Insuficiencia Cardíaca por parte de pacientes y familiares, así como el manejo de las dosis de diuréticos para control de los signos y síntomas congestivos: edemas y disnea. Hay que tener en cuenta que la primera causa de descompensación de una Insuficiencia Cardíaca Estable es la no cumplimentación de la medicación pautada y/o mal manejo de diuréticos por parte de pacientes y familiares.

C) Indicadores: a la espera de que el trabajo desarrollado en el Proyecto de Insuficiencia Cardíaca del Centro de Salud, se refleje en los indicadores señalados como objetivos. Para ello solicitaremos se nos envíen estos resultados una vez se procesen los datos por parte del Servicio de Farmacia del Sector III

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Conclusiones y Recomendaciones: la Insuficiencia Cardíaca es una patología que se puede y se debe abordar desde Atención Primaria dada su alta prevalencia entre la población mayor de 65 años, ya que los Médicos de Familia disponemos de los conocimientos y habilidades suficientes tanto para su diagnóstico como para su tratamiento y seguimiento de las posibles complicaciones.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

*** ========== Resumen del proyecto 2018/763 ========== ***

Nº de registro: 0763

Título
MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Autores:
LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE, LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA, ZUECO OLIVAN GEMMA, FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION, JIMENEZ IBAÑEZ MARIA MILAGROS, MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA, MOLINES FUERTES HORTENSIA, LURI PASTOR ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

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

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

PROBLEMA
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso.
Uso racional de recursos: Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, adecuada comunicación AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la capacidad de resolución en la atención de la IC por parte de A.P.
Actividad: Intentar identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido. Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC. Pendiente establecer circuito para la vacunación del neumococo que actualmente depende exclusivamente de A.Especializada.
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
Cambios en la práctica clínica: Implementar el conocimiento y uso de la GPC-
Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos con Medicina Interna.
Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.

INDICADORES
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo…) en el contexto de IC.
2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal . Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.

2. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
3. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo 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 - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA GUILLEN GALVE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRERAS GIRALDA ANTONIO
ISASA CHUECA JOSE ANTONIO
MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA
LORENTE SERRANO MARIA CARMEN
LURI PASTOR ALICIA
AREVALO AMATRIAIN INMACULADA
ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES DE ORGANIZACIÓN

MARZO 2019
Planificación por parte de Pediatra y Enfermera de Pediatría de las actividades a realizar a lo largo del año y como se llevarían a cabo, con el fin de dar continuidad al proyecto (fechas, temas, materiales, participantes, etc).

ABRIL 2019
La pediatra solicita por teléfono una reunión con el Equipo Directivo del C P Alfonso I de Tauste para explicar en qué consistirían las actividades de este año y forma de llevarlas a cabo.
Se fija fecha de dicha reunión .

MAYO 2019
El día 7 se celebra la reunión antes mencionada acordándose:
En mayo se realizará un Taller de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) a los alumnos de tercero de Educación Infantil .
A lo largo del curso escolar 2019-2020 se plantean distintas posibilidades:
- Un taller de RCP para alumnos más mayores e incluso para padres de alumnos.
- Un taller para profesores basándonos en la Guía de Ayuda para Centros Docentes en el manejo de situaciones de Salud en el Ámbito Escolar.
- Charla informativa a Profesores de la Vacunación Antigripal cuando sea la fecha de comienzo de la campaña de este año.

SEPTIEMBRE 2019
El Equipo de Pediatría se plantea que al igual que se hace con el Colegio, se podrían realizar actividades con el Instituto Río Arba de Tauste por lo que se solicita una reunión de toma de contacto con el Secretario de dicho instituto.
Se fija fecha.

OCTUBRE 2019
Reunión el día 10 de Octubre, asisten Eduardo Muñoz Ubide (Secretario y Profesor de Educación Física del ÍES), María Guillén Galve (Pediatra y Referente de Atención Comunitaria del C S Tauste) y
María Carmen Lorente Serrano (Enfermera de Pediatría y Presidenta del Consejo de Salud Tauste)
Se plantean las siguientes propuestas de colaboración:
Charlas y Talleres de Prevención de la Drogadicción, que impartiría el Enfermero de Salud Mental adscrito al CS.
En las Jornadas de Alimentación Saludable del ÍES, la Pediatra y Enfermera darían una Charlas a Alumnos de primero y segundo de la ESO, sobre dicho tema.
A este respecto se acuerda que a familias de alumnos del instituto con sobrepeso y pocos recursos (que no puedan costearse una actividad deportiva extra escolar) se les dirija al profesor de Educación Física para proponerles una propuesta de actividad física autónoma (progresión de carrera, caminatas saludables...) como ya están haciendo en EF.
Se valora la incorporación del profesorado de EF como Recurso Activo de Salud.
Participación en el Proyecto de Descansos Posturales con la impartición de una Charla por parte de la Fisioterapeuta del Centro de Salud.
Por último se plantea la posibilidad de formar parte de la Mesa del Deporte Escolar cuyo objetivo es trabajar conjuntamente profesorado de EF, monitores y patronato de deportes de Tauste y servicio de Pediatría. Se plantea como idea positiva que los pediatras cuenten con un listado de contactos (actividad, horarios, lugar, precio, teléfono y mails) de las personas o asociaciones deportivas que desarrollan actividades deportivas con alumnos en edad escolar para que desde Pediatría puedan poner en contacto a los pacientes y entrenadores y “recetar actividad física“.

DICIEMBRE 2019
Tras varios contactos telefónicos entre posibles personas implicadas en los planteamientos anteriores quedan

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INFANTIL

definidas las Charlas por parte de Pedí, Salud Mental y Fisioterapeuta con fechas y contenidos a tratar.

ACCIONES REALIZADAS

EL 31 de Mayo se realiza un Taller de RCP, con alumnos de 3º de Educación Infantil, 2 clases de 17 niños por clase.
Se lleva a cabo en el aula de Psicomotricidad del CP Alfonso I de Tauste.
La Pediatra y Enfermera dan primero una Teoría utilizando "peluches" adaptada a la edad, después se pone en Práctica haciendo partícipes a los niños que actúan tanto de sanitarios como de pacientes.
Se utiliza la música de RCP del barquito chiquitito, previamente se había proporcionado a los profesores, el enlace del vídeo "RCP en el cole" para que lo vieran y practicaran antes del día de realización del taller.

El 7 de Octubre, en la Biblioteca del Colegio, se realiza un Taller de Manejo de situaciones de salud, en el ámbito escolar, concretamente se habla de que hacer ante una Convulsión, una Crisis de Asma, una Reacción Alérgica importante, Hipoglucemia en niños Diabéticos y algún otro tema como lipotimias, accidentes escolares, etc.
Es impartido por Pediatra y Enfermera de Pediatría a todo el Profesorado del Centro.

La última semana de Octubre Pediatra y Enfermera acuden al Colegio e informan de la Vacunación Antigripal, se acuerda un día en el que la Enfermera acudirá al Colegio vacunar a los Profesores que lo demanden y así se hace el día 29 de noviembre alas 14 h al finalizar las clases.

Pediatra y Enfermera de Pediatría imparten unas Charlas sobre Alimentación Saludable en el ÍES Río Arba de Tauste mediante un Power Point elaborado por dichas profesionales.
La duración de la charla es de 50 minutos máximo (es el tiempo de clase) en horario de Tutoría, las clases tienen cañón y ordenador.
Los grupos son de entre 20 y 25 alumnos:
14 de Enero a las 11,25. 1º ESO C (en aula 1ºC) y 1 ESO D + PAI (en aula de 1ºD)
15 de Enero a las 12,40. 2º ESO C + PMAR C (en aula 2º C) y 2º ESO D + PMAR D (aula 2ºD)
21 de Enero a las 11,25. 1ºESO A (en aula 1ºA) y 1º ESO B (en aula 1º B)
22 de Enero a las 12,40. 2º ESO A (en aula 2º A) y 2º ESO B (en aula 2º B)

DOTACIÓN DE RECURSOS
Lugares de realización de actividades, las descritas anteriormente, salas y aulas del Colegio e Instituto.
Materiales sanitarios (gorros, calzas para taller RCP, aparato de Glucemia, cámaras de inhalación, aparato para inyección de adrenalina, medicamento anti convulsivo para el Taller a Profesorado, vacunas Antigripales para su administración y material que conlleva) proyectores, ordenadores, peluches, Power Point.
Profesorado del Colegio e Instituto y Profesionales del Centro de Salud.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN DEL PROYECTO
Difusión al Equipo del Centro de Salud en Reuniones explicando la evolución del proyecto así como envío de fotografías y vídeos de los talleres en el grupo de WhatsApp interno de los trabajadores del EAP Tauste.
Difusión externa al Consejo de Salud de la Zona dado que en las sesiones del Consejo se aporta información de lo referente a Atención Comunitaria del CS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han obtenido unos resultados de Impacto dado que el trabajo conjunto de Centro de Salud y Centros Educativos facilita la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables, promociona la salud y aumenta las competencias en salud de escolares y profesorado y permite que haya un acercamiento y un caminar de la mano entre el ámbito escolar y sanitario.

Los indicadores han sido:
Nº de Reuniones Incluyendo contactos telefónicos y vía on line, antes descritas.
Nº de Talleres Realizados, antes descritos.
Nº de Profesionales implicados, antes descritos.
Dibujos donde se plasma lo aprendido antes y después de la realización del taller.
Encuesta de satisfacción y resultados del proyecto a alumnos y profesores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto nos parece útil, nos proporciona un aprendizaje bidireccional, nos enseña a trabajar en red, debería mantenerse en el tiempo.
Queda pendiente de completar los talleres del instituto mencionados, Charlas de Salud Mental y Fisioterapeuta que se harán a lo largo del curso pero ya después del envío de la memoria del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Es importante el apoyo de Gerencia y EAP ya que la realización de estos proyectos comunitarios requieren de un esfuerzo a nivel personal de los participantes muchas veces no reconocido fundamentalmente por desconocimiento de la dinámica de estos temas.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/788 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INFANTIL

***

Nº de registro: 0788

Título
SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

Autores:
GUILLEN GALVE MARIA, LORENTE SERRANO MARIA CARMEN, CARRERAS GIRALDA ANTONIO, BELLO GIL JOSE LUIS, TENA DOMINGO INMACULADA, ASTIER PEÑA MARIA PILAR, ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL, LURI PASTOR ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El proyecto se adscribe en los objetivos del Acuerdo de Gestión del Centro de Salud de Tauste de 2018, se enmarca dentro de las líneas estratégicas de promoción de las actividades comunitarias, nos parece útil, con posibilidad de buenos resultados y capacidad de continuación en el tiempo.
El proyecto surge de manera bidireccional:
Por una parte al inicio del curso escolar 2017 – 2018 la Escuela Infantil de Tauste solicita la colaboración del equipo de Pediatría para fomentar hábitos de salud saludables en cuanto a la alimentación ofrecida en dicha escuela.
Por otra parte el equipo de Pediatría, se plantea la realización de un proyecto de colaboración con los centros educativos de la zona, participando conjuntamente con el profesorado y actuando sobre el alumnado, fomentando medidas y comportamientos saludables que mejoren la salud y bienestar de los escolares y apoyando su participación en el cuidado de la salud y prevención de enfermedades dirigidas a promover la salud de la comunidad educativa.
Se justifica el proyecto, dado que la cooperación entre el centro de salud y educativo para la promoción de la salud de la comunidad escolar, hace posible realizar un abordaje global facilitando la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables aumentando las competencias en salud de los escolares, permitiendo además que haya un acercamiento entre ámbito escolar y sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un marco de acercamiento y colaboración coordinada entre el EAP y centro educativo que permita asegurar la sostenibilidad de estas actuaciones, fomente un entorno saludable y aumente las competencias en salud de los escolares y profesorado.
Se plantea que el proyecto sea el paso previo a que el CEIP Alfonso I se convierta en Escuela Promotora de Salud.
La actividad va dirigida a la población de la Escuela Infantil, niños de 3 meses a 3 años, a través de su profesorado
A nivel escolar en los CEIP Alfonso I de Tauste y San Nicasio de Novillas se trabaja con niños de Educación Infantil.
Según el tipo de actividad se trabajará con clases individualizadas o en grupos.

MÉTODO
Reuniones y contactos telefónicos Escuela Infantil de Tauste y Pediatría para establecer pautas de alimentación saludable, haciéndose extensiva la colaboración en otros temas mediante la Guía de Ayuda para Centros Docentes.
Reunión Pediatría con equipo directivo del CEIP Alfonso I de Tauste, estableciendo el Modelo de Acuerdo entre Centro de Salud y Educativo para la promoción de la Salud, identificando los objetivos e intervenciones educativas que se realizarán a lo largo de los cursos 2017-2018 y 2018-2019, trabajando
con metodologías participativas, aplicando técnicas en grupos pequeños.
Pediatra y enfermera acudirán a las clases de 1ªEducación Infantil (3 clases de unos 15 alumnos) para impartir unos talleres y trabajar con los escolares y profesores de dichas clases, sobre “El resfriado y hábitos saludables“. Se lleva material sanitario, láminas de dibujos y peluches para practicar con los niños.
Pediatra, Enfermera y Médico de Familia impartirán otro taller sobre “higiene de Manos” en la Biblioteca del Centro Escolar con material necesario para su desarrollo, 2 grupos, uno con niños de 2º y otro de 3º de infantil.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Visitas de escolares al Centro de Salud para conocer las instalaciones, servicios, profesionales que trabajan en él y funciones que desempeñan, se enseñarán espacios y materiales de Admisión, Pediatría, Medicina, Matrona, Fisioterapia y Urgencias.
Médico y Enfermera de Novillas (Consultorio de la ZBS de Tauste) imparten un taller con la profesora de Infantil dentro de un proyecto del colegio "El cuerpo humano y mi pediatra". Se intentará que alumnos puedan ir al consultorio a conocerlo.
Comunicación del Proyecto y sus fases evolutivas periódicamente al EAP de Tauste y Consejo de Salud.

INDICADORES
Nº de reuniones realizadas con Centros Educativos que participan en el Proyecto
Nº de Talleres impartidos
Nº de Participantes
Fichas escolares y dibujos donde se plasma la realización de lo aprendido comparativamente antes y después del taller realizado o visitas escolares- sanitarias
Encuesta a profesores y profesionales participantes de satisfacción y resultados obtenidos con el proyecto

DURACIÓN
Oct Nov 2017 Reuniones Escuela Infantil Tauste y Pediatría
Oct Nov 2017 Reunión CEIP Tauste y Pediatría -
Realización 1er taller
Mar 2018 Taller en CEIP Novillas
Jun 2018 2ºTaller en Colegio Tauste
Oct Nov 2018 Visitas de escolares a centro de Salud

OBSERVACIONES
Colaboración del EAP para cubrir las ausencias de profesionales intervinientes

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1167

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EAP TAUSTE

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA MARTINEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FRANCES ANTONIO
LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE
BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL
GUILLEN GALVE MARIA
BANDRES OLIVAN MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año se realizaron varias sesiones en relacion con el proyecto para facilitar la conciencacion del buen uso de antibioticos en las diferentes patologias.
Sesiónde revision de tratamientos antibioticos en las infecciones respiratorias altas y bajas
Sesion de revision de tratamientos antibioticos en las infecciones urinarias
Sesion de revision de tratamientos antibioticos en piel y partes blandas y final

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los profesionales hicieron uso de las guias de uso de antibioticos presentadas a lo largo del año con lo que se reduce el uso de antibioticos.
- En el uso de antibioticos de uso sistemico, el EAP de Tauste disminuyó su uso de Enero a Marzo 2019 con respecto al mismo periodo del 2018
-En el uso de antibioticos de espectro reducido con respecto al total el EAP de Tauste en el año 2019 aumentó su uso con respecto al mismo periodo del año anterior
- En el % consumo de amoxicilina sin clavulanico el EAP Tauste en el año 2019 aumento su uso con respecto al mismo periodo del 2018
- En el consumo de macrolidos con respecto al total % el EAP Tauste en el año 2019 mantuvo su uso con respecto al mismo periodo del 2018 (el EAP es consciente de que hay que ir mejorando en este punto)
- En el consumo de fluorquinolonas respecto al total EAP Tauste en el año 2019 disminuyó su uso con respecto al mismo periodo de 2018
-En el consumo de cefalosporinas de 3generacion el EAPTauste en el año 2019 disminuyó su uso con respecto al mismo periodo de 2018
- En el % consumo amoxicilina respecto al total el EAP Tauste en el año 2010 mantuvo su uso con respecto al mismo periodo del 2018 (el EAP es consciente de que hay que ir mejorando en este punto)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El EAP Tauste es consciente de los puntos a mejorar, por lo que se seguiran dando sesiones formativas relacionadas con proa en atencion primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1167 ========== ***

Nº de registro: 1167

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE TAUSTE

Autores:
MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA, LOPEZ FRANCES ANTONIO, LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE, BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL, GARCIA MONTENEGRO ALBERTO, GUILLEN GALVE MARIA, BANDRES OLIVAN MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

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:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1167

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EAP TAUSTE

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

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 25,7 (reducción de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 2,0%

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2019/0674

1. TÍTULO

PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ESTELA MILLAN SOBRINO
· Profesión ..... ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLAN FERNANDEZ YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
HEMOS VISTO UN TOTAL DE 33 PACIENTES QUE HABÍAN ESTADO EN TRATAMIENTO PREVIO CON QUIMIOTERAPIA.
A CADA UNO DE ELLOS SE LES HA RELLENADO UNA FICHA DENTAL ANOTANDO, NÚMERO DE DIENTES CON CARIES, AUSENCIA DE PIEZAS DENTALES, PRESENCIA DE NECROSIS EN HUESO MAXILAR, PRESENCIA DE MUCOSITIS, PRESENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL.
LAS RECOMENDACIONES E INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL SE HAN DADO EN LA CONSULTA DIRECTAMENTE A CADA PACIENTE.
INICIALMENTE SE HABÍA FIJADO UN CALENDARIO EN EL QUE SE CONTEMPLABA HACER UNA CHARLA GRUPAL CON PACIENTES. EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA SE HA VISTO ADECUADO Y SENCILLO HACER UNA CHARLA PARA EXPLICAR INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL, DE MANERA INDIVIDUAL, DE ESTA FORMA NOS HEMOS ASEGURADO SU CUMPLIMIENTO. TAMBIÉN SE CONTEMPLABA EN EL CALENDARIO UNA CHARLA CON LOS MÉDICOS DE A.P, PERO AL OBSERVAR QUE LOS MÉDICOS DE A.P NOS DERIVABAN ADECUADAMENTE A LOS PACIENTES SUSCEPTIBLES, NO HA SIDO NECESARIO.
EL MATERIAL ELABORADO PARA DESARROLLAR EL PROYECTO HA CONSISTIDO EN UNA FICHA DE HISTORIA CLÍNICA A RELLENAR POR EL PROFESIONAL EN LA CONSULTA. UN PROTOCOLO DE EXTRACCIONES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES HA SIDO POSITIVO, LOS PACIENTES HAN CUMPLIDO CON LAS VISITAS INDICADAS EN NUESTRA CONSULTA.
DE LOS 33 PACIENTES QUE HAN ACUDIDO A NUESTRA CONSULTA SUSCEPTIBLES DEL PROGRAMA, A TODOS SE LES HA HECHO EXPLORACIÓN ORAL, SE LES HAN DADO INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL Y CUIDADOS PARA PREVENIR Y TRATAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS AL TRATAMIENTO RECIBIDO.
UN TOTAL DE 2 PACIENTES TENÍAN PRESENCIA DE MUCOSITIS, CORRESPONDE A PACIENTES CUYA ÚLTIMA SESIÓN DE QUIMIOTERAPIA HABÍA SIDO EN UN TIEMPO MENOR A 3 MESES DE NUESTRA VISITA. SE LES INDICÓ ENJUAGUE BUCAL DE DOXEPINA (NIVEL DE EVIDENCIA IV) CONSIGUIENDO BUENOS RESULTADOS,
NO HA HABIDO NINGÚN CASO DE OSTEONECROSIS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS PACIENTES VISITADOS VIENEN TRAS EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA CON CARIES MUY EXTENSAS Y LA MAYORÍA SON PARA EXTRAER.
SERÍA INTERESANTE HACER UN PROGRAMA NUEVO DE CALIDAD EN EL QUE LAS VISITAS FUESEN ANTES DE EMPEZAR EL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA YA QUE PODREMOS ACTUAR ANTES EN LA PREVENCIÓN Y EVITAR QUE LAS CARIES SEAN TAN EXTENSAS Y ASÍ PODER CONSERVAR LAS PIEZAS.
ESTAMOS SATISFECHOS CON LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES Y LA RESPUESTA DADA POR ELLOS, YA QUE HAN SIDO,MUY RECEPTIVO DE LAS RECOMENDACIONES DADAS. LA PREVENCIÓN DE OSTEONECROSIS SE HA CONSEGUIDO, GRACIAS A LA PROGRAMACIÓN DE LAS EXTRACCIONES, LAS PAUTAS PRE-EXTRACCIÓN Y POST-EXTRACCIÓN DENTAL Y LAS REVISIONES INDICADAS.

7. OBSERVACIONES.
LOS PACIENTES AGRADECEN MUCHO TODAS LAS INDICACIONES RECIBIDAS PARA CUIDAR SU SALUD ORAL Y HAN SIDO MUY RECEPTIVOS.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/674 ========== ***

Nº de registro: 0674

Título
PROMOCION DE LA SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES ONCOLOGICOS

Autores:
MILLAN SOBRINO ESTELA, MILLAN FERNANDEZ YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0674

1. TÍTULO

PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los efectos secundarios en la salud bucodental del paciente que está en tratamiento oncológico son importantes (mucositis, caries, enfermedad periodontal, xerostomía...). Actualmente estos pacientes no reciben ningún tipo de ayuda para mejorar el cuidado oral en este período.

RESULTADOS ESPERADOS
Informar a los pacientes de los cambios orales que van a experimentar. Dar medidas de higiene oral y cuidados para prevenir y tratar los efectos secundarios.
Los resultados que se esperan obtener; satisfacción de los pacientes y mantenimiento de la salud oral y de las piezas dentales.
La población diana son los pacientes que están en tratamiento con quimioterapia derivados por los médicos de A.P de C.S Delicias Norte y C.S Bombarda. Se tendrá una reunión informativa con los médicos correspondientes para informar y explicar el proyecto y así nos puedan derivar a los pacientes a nuestra consulta.

MÉTODO
Realizar una charla informativa del proyecto dirigidas a los médicos de A.P de C.S Delicias Norte y C.S Bombarda.
Una vista en odontología de cada paciente remitido donde se hará una exploración oral.
Realizar un total de dos charlas de promoción de la salud oral dirigidas a los pacientes en tratamiento con quimioterapia remitidos por su médico de A.P. Se avisará de las fechas de las charlas lugar y hora con un cártel informativo en el centro.

INDICADORES
Después de cada charla se pasará una encuesta en la que se evaluará; el nivel de satisfacción, nivel de asistencia.

DURACIÓN
El proyecto durará desde mayo 2019 a mayo de 2020.
Charla con médicos de A.P a mediados de Junio.
Revisión oral de los pacientes cualquier día laborable dentro de nuestro horario de adultos.
Primera charla a pacientes: a mediados de Octubre.
Segunda charla a pacientes: a mediados de 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 - 2019/1085

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE UNIVÉRSITAS

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO SORIA CASTRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZNAR TEJERO PILAR
PERALTA GINES MARIA
MUNIESA GRACIA PAULA
PEREZ LAENÇINA LAURA
TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA
LOREN PEREZ ANA CRISTINA
LLAMAS BLASCO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
No se realizó ninguna sesión clínica formativa sobre antibióticos durante el 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos. 100% de profesionales de Univérsitas han recibido sus informes de consumo de antibióticos.
Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-Porcentaje de DDD Fluorquinolonas. Objetivo 2019: 9,4% (Mantener por debajo de la media del sector)
El % de utilización de quinolonas es de 8,3%, y se ha alcanzado el objetivo fijado (la media del sector es 8,6).
- Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 2%
El % de utilización de cefalosporinas es de 2,7% respecto al total, y no se ha alcanzado el objetivo fijado para este año, pero no es un indicador elevado, ya que se mantiene ligeramente por encima de la media de Aragón (2,4%).
A lo largo de este año, se han enviado los informes de utilización de antibióticos a todos los profesionales (médicos y pediatras) con indicadores recomendados por el Plan nacional contra la resistencia a los antibióticos, observando una buena evolución en 3 de los 6 indicadores monitorizados (DHD antibióticos, macrólidos y quinolonas).
Las DHD de antibióticos han pasado de 11,2 en 2018 a 10,3 en 2019, situándose por debajo de la media del sector (14 DHD). Esta disminución en el número de DDD globales de antibióticos puede influenciar el hecho de que el porcentaje de cefalosporinas de 3ª generación haya aumentado, aunque su utilización global no sea mayor que el año anterior (2,5% en 2018 vs 2,7% en 2019).
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.
No se realizó ninguna sesión durante el 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El porcentaje de utilización de cefalosporinas ha aumentado respecto al año 2018, pero la importante disminución del número de DHD (al pasar de 11,2 a 10,3) hace que el consumo global de cefalosporinas se haya mantenido constante. No obstante, es necesario mejorar este indicador, revisando las indicaciones para las que se están utilizando dichos antibióticos e intentando mejorar su uso
Se recomienda retomar las sesiones clínicas formativas no implementadas en el año 2019 para el próximo año 2020.

7. OBSERVACIONES.
Dado que durante el año 2019, el referente del Proyecto PROA en el Centro de Salud Univérsitas estuvo ausente durante varios meses del centro por Incapacidad Laboral Temporal primero y por traslado de Centro de Salud después, no se pudo desarrollar los objetivos de formación y difusión al resto de profesionales del centro. Sería por esto pues planteable revalorar la idoneidad de evaluar dichos objetivos dentro del Acuerdo de Gestión de 2019 por parte de los responsables de Gestión del Sector III de Zaragoza.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1085 ========== ***

Nº de registro: 1085

Título
PROA AP : MEJRORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP UNIVERSITAS

Autores:
LIZANDRA FRON PEDRO, AZNAR TEJERO PILAR, MURILLO LAHOZ EVA, PERALTA GINES MARIA, MUNIESA GRACIA PAULA, APARICIO TORNAY NURIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1085

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE UNIVÉRSITAS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

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, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Mejorar la seguridad del paciente y controlar las infecciones optimizando el uso de antibióticos en AP.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos en AP, mejorando su prescripción.
Momitorizar la utilización de antibióticos a través de indicadores claves para cocntrolar las resistencias antibióticas.

MÉTODO
Momitorizar dos indicadores de utilización de antibióticos.
Realizar formación específica a los profesionales de las infecciones más relevantes.

INDICADORES
% de profesionales que recibe formación sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019.
Porcentaje de DDD Fluorquinilonas. Objetivo 2019 9.4% (Mantener por debajo de la media del sector).
% De DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019 2%.
Porcentaje de profesionales que han acudido a las sesiones clínicas sobre formación de antibióticos.

DURACIÓN
Marzo Presentación de informes de Monitorización.
Marzo-Diciembre Sesiones de formación : Abril : Infecciones respiratorias. Junio-Sept.: Infecciones urinarias.
Octubre -Diciembre : Infecciones de piel y partes blandas.
Junio - Septiembre Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2019/1145

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE IC EN AP

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ..... PILAR AZNAR TEJERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MURILLO LAHOZ EVA
DIESTE AISA LUCIA
PERALTA GINES MARIA
MUNIESA GRACIA PAULA
APARICIO TORNAY NURIA
GIL GARCIA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó sesión clínica de equipo en Diciembre 2019. Reuniones de enfermería con entrega de listados de pacientes con insuficiencia cardiaca para ser incluidos en el programa.
Se realizan igualmente sesiones conjuntas con Internistas de enlace y Cardiología, comentando y debatiendo casos clínicos y manejo de pacientes.
Se ha iniciado la realización de un protocolo de insuficiencia cardiaca en Atención Primaria conjuntamente con Cardiología de HCU Lozano Blesa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha incrementado la concienciación en los miembros del equipo, aumentando la captación de pacientes con insuficiencia cardiaca

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del proyecto es positiva puesto que se conciencia a los pacientes del autocuidado, y se ha incrementado la relación del equipo de Aten Primaria con aten hospitalaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1145 ========== ***

Nº de registro: 1145

Título
PROYECTO DE MEJORA DE IC EN AP

Autores:
AZNAR TEJERO PILAR, NURILLO LAHOZ EVA, DIESTE AISA LUCIA, PERALTA GINES MARIA, MUNIESA GRACIA PAULA, APARICIO TORNAY NURIA, BONED JIMENO CARMEN, GIL MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Alta variabilidad en la atención al paciente con Ic en AP. necesidad de fomentar la prevención de actividades comunitarias. Favorecer el uso racional de los recursos sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las actividades preventivas. Reducir el uso urgente de atención sanitaria. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica.
Fomentar el autocuidado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1145

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE IC EN AP

MÉTODO
Aumentar la formación de los profesionales mediante sesiones formativas. Proporcionar listados de pacientes por cupo de Ic, para realizar captación activa. Facilitar la colaboración con el servicio de Med. Interna.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes con IC en los que consta registro de plan de autocuidados.
Porcentaje de profesionales que ha asistido a las sesiones formativas.
Adecuación del tto farmacológico en IC : Pacientes polimedicados a los que se ha realizado revisión de tratamiento.
Por centaje de pacientes en tto con betabloqueantes respecto al total de pacients con IC.

DURACIÓN
Durante el año actual.
Sesiones trimestrales Formativas y de recordatorio.
Realización de plantilla de autocuidados.
Consuslta monográfica.

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 - 2019/1148

1. TÍTULO

PASEOS CARDIOSALUDABLES Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL ROSARIO MATA BORDONABA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado la actividad semanalmente desde enero a diciembre, descansando los meses de verano por falta de personal del centro y disminución del numero de participantes y de acuerdo mutuo con los usuarios.
Se han hecho paseos por el interior del Parque de Delicias con un número variable de participantes entre 25 y 30 de edades entre 68 y 80 años, de ambos sexos y captados tanto en las consultas de enfermería y medicina a las que acudían por otros motivos.
Se realiza un paseo de aproximadamente 3,5 Km durante 40 minutos con una sesión previa de calentamiento dirigida por uno de los profesionales del centro de salud y al finalizar unos estiramientos en el mismo parque. Los paciente realizaban el paseo de acuerdo a sus características propias, unos más rápido y otros más lento estando repartidos mas o menos en tres tipos de usuarios de forma espontanea y con un acompañante del centro en cada grupo.
Los profesionales implicados en el programa han sido de Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Admisión y Trabajo Social.
Se han realizado 3 reuniones de trabajo para informar sobre la evolución de la actividad y dar a conocer la gran aceptación que ha tenido por parte de los participantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados han sido muy satisfactorios creando una fidelización importante por parte de los participantes que además han sido capaces de realizar algunas actividades de paseo similares en otros días de la semana sin personal del centro. Los mismos pacientes referían una mejoría en cuanto a su estado de ánimo al tener esta actividad que les hace relacionarse con otros pacientes de su edad y a veces con sus patologías.
Los profesionales participantes han confirmado la creencia de la mejoría de los pacientes con el ejercicio y mas con el ejercicio en grupo de individuos similares y así lo hemos comunicado a los compañeros.
Se realizaron encuestas verbales a los usuarios con varios items (valoración de la actividad, asistencia, sugerencias, necesidad de la actividad) por lo que tanto objetivamente como subjetivamente la valoración es positiva desde nuestro equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La conclusión final es que toda actividad comunitaria realizada tiene que basarse en la necesidad real de la población de referencia, además de ejercer un efecto saludable debe de llenar un hueco y llevar a avanzar hacia mayor desarrollo de la actividad.
Las recomendaciones se refieren a la importancia de plantear mas actividades valoradas y solicitadas por los pacientes que hagan una transferencia de la salud desde el propio centro de salud hacia el mismo barrio en que se encuentra.
Es altamente gratificante la realización de actividades con los pacientes tanto a nivel personal como profesional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1148 ========== ***

Nº de registro: 1148

Título
PASEOS CARDIOSALUDABLES Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Autores:
MATA BORDONABA ROSARIO, AZNAR TEJERO PILAR, APARICIO TORNAY NURIA, TORRES TRASOBARES BELEN, PERALTA GINES MARIA, CONTI CUESTA ANTONIA, MUNIESA GRACIA PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividad Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1148

1. TÍTULO

PASEOS CARDIOSALUDABLES Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Satisfacción de la población

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

PROBLEMA
Necesidad de promover la realización de ejercicio físico al tiempo que sirve para promocionar las relaciones interpersonales entre pacientes/profesionales e interpacientes.
Favorecer las actividades comunitarias realizando charlas formativas en Institutos/ Colegios de la zona; realización de visitas al C. S por niños de colegios de la zona.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las relaciones interpersonales, realizar ejercicio físico, dar a conocer medidas preventivas y de autocuidados en Institutos.

MÉTODO
Paseos cardiosaludables un día por semana con profesionales del EAP.
Realización de charlas en Institutos/Colegios.

INDICADORES
Pacientes que realizan la actividad.
Valoración mediante encuesta de satisfacción.

DURACIÓN
Curso lectivo : Septiembre- Junio.

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 - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA GASTON FACI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
ORTILLES GARCIA MARTA
OLMO PEREZ ELENA
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR
HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1º Reuniones del grupo de trabajo. Se realizan los martes que no hay reunión de equipo. Se preparan las actividades a realizar, las cartas a los colegios, circulares para padres, ect.
2º Reuniones con el Ayuntamiento de Utebo. Se coordina con ellos todo lo relativo a las Subvenciones de la RAPPs y actividades relacionadas con el Plan de salud Municipal.
A través de las redes sociales municipales y la revista "Utebo Actual" se van divulgando las actividades realizadas.
También subvencionan a una Dietista Nutricionista para las charlas a los escolares.
3º Reuniones con el Consejo De Salud. En cada reunión del consejo se va informando de las actividades realizadas.
4ºReuniones con los equipos escolares. Estamos en comunicación continua, a través del correo electrónico y vía telefónica, con los cuatro CEIP, los dos IES y las dos Guarderías Municipales, para coordinar charlas, talleres y dudas.
5ºCharlas familias. Se ha realizado dos, en las instalaciones municipales y por la tarde, para conseguir una mayor afluencia. La primera el día 19 de septiembre para familias de niños en edad de guardería, y la segunda el 26 de septiembre, para niños en edad escolar.
6ºCharlas a Alumnos de 3º de EP y profesores. Las sesiones duran hora y cuarto, la imparten la dietista nutricionista con personal del equipo. tras la charla se realiza un coloquio donde los alumnos comentan sus almuerzos.
Las charlas realizadas este años han sido:
- CEIP Infanta Elena: 12 de noviembre
- CEIP Parque Europa: 15 de noviembre
- CEIP Octavus: 22 de noviembre
- CEIP Miguel Artazos: 2 de diciembre
7ºCharlas a alumnos de 3º de la ESO: La metodología es la misma que para los alumnos de los colegios, con ejemplos adaptados a su edad.
Las charlas realizadas este años han sido:
- IES Torre de los Espejos: 17 de diciembre
- IES Pedro cerrada: 20 de diciembre
8ºTalleres para alumnos de infantil. Los tres cursos. Se les da a probar distintos alimentos no procesados (siempre teniendo en cuenta las distintas alergias e intolerancias de los niños) y se les explica la importancia de retirar los procesados de la dieta. A los talleres de niños de infantil se invita a los padres a que realicen el taller con ellos. Se ha visto que cuando se invita a realizar las actividades con los niños, la afluencia de padres es mayor.
La fechas de los talleres han sido:
- CEIP Parque Europa: 22 de octubre, 29 de octubre y 5 de noviembre.
-CEIP Infanta Elena: 28 de octubre y 12 de diciembre.
Los CEIP Miguel Artazos y Octavus han quedado pendientes de realizar estos talleres. Se realizarán en primavera.
9ºRefuerzo de la información en las revisiones de salud realizadas en el centro.
10ºSe ha entregado, a todos los alumnos de los colegios y de las guarderías, un tríptico informativo realizado con los dibujos de los propios alumnos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El punto de partida son los datos de prevalencia de Sobrepeso y obesidad de la tesis doctoral de Ana Gastón, que son de un 20 %. Se calcularán las prevalencias de los años en los que ha estado en marcha el proyecto.
De manera indirecta se está haciendo seguimiento del volumen de basura generada, ya que los procesados generan más residuos y más contaminantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cada año se aprecia una mejor aceptación por parte de los padres y profesores, aportando ideas para aumentar la intervención.
Entre las propuestas que nos han hecho es actuar a la hora de los desayunos de los niños que acuden al servicio de madrugadores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1038 ========== ***

Nº de registro: 1038

Título
PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

Autores:
GASTON FACI ANA, ORTILLES GARCIA MARTA, SOLANS BASCUAS MARIA TERESA, OLMO PEREZ ELENA, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR, RUIZ MURILLAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

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

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

PROBLEMA
La alimentación ha sido un tema prioritario al que se le han dedicado muchas horas en las últimas décadas, tanto por parte de Atención Primaria como en el ámbito escolar, y además los padres cada vez están más concienciados, aunque no siempre bien informados

A pesar de todo el esfuerzo, no solo no hemos conseguido mejorar la alimentación de nuestros niños, sino que tendríamos unas cifras crecientes de patologías relacionadas con la alimentación como serían la obesidad y el sobrepeso

Ya desde el embarazo los padres están sometidos a múltiples mensajes publicitarios relacionados con la alimentación infantil. Esta publicidad dirigida a los padres sigue estando presente en los primeros años, pero a partir de los dos tres años la publicidad ya va dirigida a niños, que son los que coaccionan a sus padres a la hora de la compra. Hay bastantes estudios que relacionan la influencia que ejerce la publicidad de alimentos no saludables en la población infantil, y España estaría especialmente retrasada en este aspecto, ya que no tenemos una regulación detallada sobre la publicidad dirigida a niños.

Sobre la persuasión indirecta que se realiza entre iguales, en relación con los alimentos procesados, no se encuentran estudios ni publicaciones, pero él boca a boca en esta edad sería muy importante.

En este proyecto se está trabajando conjuntamente el Centro de Salud, los cuatro colegios de Utebo y el Ayuntamiento, para intentar disminuir la comida procesada no saludable que toman los niños a la hora del almuerzo, y de esta manera poder reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil, que actualmente está en un 20%

Otros objetivos son mejorara la alimentación de la población infantil disminuyendo el consumo de los productos procesados

MÉTODO
-Retirada de las máquinas expendedoras de bebidas y comida los productos no saludables.
-los niños no llevaran al colegio alimentos procesados. Se recomendará que traigan bocadillos, fruta, frutos secos, bollería casera, leche y agua.
-los cumpleaños de los niños no se celebrarán en clase con dulces, bollería ni snaks.
-Se realizaran charlas para padres y para los alumnos.
-Promocionar el uso de fuentes de agua en los sitios públicos frecuentados por los niños.
-No patrocinar eventos infantiles con empresas que comercialicen alimentos no saludables.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

-Se ha involucrado a los alumnos en la realización de los carteles informativos.
-El Ayuntamiento está divulgando las actividades realizadas.
-Se trabaja con los servicios sociales de base para que los alimentos que se proporcionan a las familias desfavorecidas sean lo más saludable posible.

INDICADORES
Se calculará la prevalencia anual de sobrepeso y obesidad infantil mientras dure el proyecto

Seguimineto del volumen de basura generado en los colegios a la hora del recreo.
Encuestas de satisfacción en las charlas a padres.

DURACIÓN
Inicio en junio de 2018
No hay fecha de finalización al ser un proyecto a largo plazo

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 - 2019/1249

1. TÍTULO

EDUCANDO EN SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA OLMO PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE
GASTON FACI ANA
ORTILLES GRACIA MARTA VERONICA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR
SOBREVIELA LLOP MARIA CARMEN
MUÑOZ RUIZ MARIA FELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Difusión de la realización del taller desde las consultas de pediatría, tanto de enfermería como de pediatría, principalmente a los padres de los recién nacidos.
2- Las matronas han informado de la existencia de dicho taller tanto en las consultas como en los talleres de preparación al parto.
3- Se han realizado sesiones semanales los jueves de 12:30 a 14:00 horas, excepto festivos y periodo vacacional de Navidad, Semana Santa y Agosto.
En estas sesiones se han tratado temas que han interesado a los asistentes y que han surgido de manera espontánea, siendo los más frecuentes: lactancia, desarrollo psicomotor, sueño, alimentación, seguridad, apego.
4.- Se han llevado a cabo sesiones monográficas sobre temas que han sugerido los asistentes:
- Sesiones sobre alimentación complementaría impartidas por el equipo de pediatría del Centro de Salud (17/01/2019 y 3/10/2019).
- Sesión sobre porteo ergonómico impartida por una asesora de porteo (19/02/2019).
- Sesión de RCP y atragantamiento impartida por Protección Civil del Ayuntamiento (11/04/2019).
5- Para informar de dichas sesiones se han creado carteles informativos que se han colocado en el Centro de Salud y edificio Polifuncional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- La asistencia media de participación al taller ha sido de 10-15 personas. Los participantes han sido mayoritariamente madres, aunque durante el primer mes de vida de los bebes también ha habido presencia de padres.
- La edad de los niños ha sido principalmente menores de 6 meses, y el motivo principal del abandono ha sido la incorporación de las madres al mundo laboral.
- Se han realizado cuatro sesiones monográficas.
- El nivel de satisfacción de los asistentes ha sido alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- El taller que comenzó como taller de lactancia es un proyecto afianzado en la comunidad.
- Es un espacio donde los padres y madres se apoyan y ayudan mutuamente para mejorar los sentimientos de eficacia respecto a la crianza de sus hijos. Los verdaderos protagonistas de los talleres son los padres, los sanitarios acudimos como simples moderadores.
- La difusión y promoción del taller se hace principalmente a través del Centro de Salud, pero también el Ayuntamiento colabora informando en la revista mensual y en la realización de carteles.
- Para poder mantener este tipo de proyectos a largo plazo sería importante formar y capacitar en lactancia materna y crianza a todos los profesionales que atienden a la población pediátrica para educar en hábitos saludables en la infancia y lograr una repercusión positiva en la mejora de la salud comunitaria de la población adulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1249 ========== ***

Nº de registro: 1249

Título
EDUCANDO EN SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1249

1. TÍTULO

EDUCANDO EN SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA

Autores:
OLMO PEREZ ELENA, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, GASTON FACI ANA, ORTILLES GRACIA MARTA VERONICA, SOLANS BASCUAS MARIA TERESA, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, SOBREVIELA LLOP MARIA CARMEN, MUÑOZ RUIZ ANA FELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

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

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

PROBLEMA
Tras el nacimiento de los niños, los padres, sobretodo padres primerizos, acuden a las consultas de pediatría con numerosas dudas y miedos en relación a la lactancia, alimentación complementaria, desarrollo psicomotor y cuidados básicos, que les generan ansiedad, malestar y numerosas consultas al pediatra.
Debido al límite de tiempo en las consultas, estos temas no se pueden abordar en profundidad y por ello se puso en marcha este programa, donde los padres son los verdaderos protagonistas ante los temas a tratar.
Se observó que al comienzo de la lactancia materna había un aumento del abandono, y tras brindar a las madres un entorno en el que se sienten apoyadas por otras madres y profesionales, se conseguían lactancias más prolongadas.

RESULTADOS ESPERADOS
Dar a las familias un espacio de comprensión y apoyo donde puedan compartir dudas, sentimientos, preocupaciones, y que puedan adquirir y mejorar habilidades en la crianza de sus hijos, apoyados por el equipo de pediatría, otros profesionales y el grupo de madres que están en su misma situación, aliviando la sensación de soledad.

MÉTODO
La captación se realiza en las consultas de pediatría, matrona y en el resto de las consultas de los profesionales del equipo.

Es un grupo abierto, dinámico, en el que se incorporan madres/padres en el momento que nacen sus hijos y dejan de asistir cuando las circunstancias laborales no se lo permiten.

Las sesiones son semanales en horario de 12,30 h a 14 h en un local cedido por el Ayuntamiento y coordinado por el equipo de pediatría.

Los contenidos de las sesiones serán libres, abiertos a los intereses de las personas que acuden al taller.

Un jueves al mes se tratará un tema monográfico propuesto por las familias. Estas sesiones serán publicitadas mediante carteles informativos en el Centro de Salud y en el Edificio Polifuncional, así como en la revista mensual municipal y redes sociales del Ayuntamiento.
Las sesiones monográficas más solicitadas son:

-RCP, atragantamiento y accidentes.
-Alimentación complementaría.
-Hábitos de sueño.
-Lactancia.
-Musicoterapía.
-Porteo.

Para impartir estas sesiones se contará también con la colaboración de profesionales externos al Centro de Salud.

INDICADORES
Número de sesiones al año.
Número de sesiones con contenido monográfico al año.
Media de asistencia de padres y madres.
Análisis descriptivo sobre la satisfacción de los usuarios y de los componentes del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1249

1. TÍTULO

EDUCANDO EN SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA

DURACIÓN
La actividad se desarrollará todos los jueves del año no festivos.

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 - 2019/1302

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE UTEBO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA GASTON FACI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
ORTILLES GARCIA MARTA VERONICA
GARCES BALLESTEROS EVA
MARCO CALVO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos. Todos los profesionales del equipo (médicos y pediatras) han recibido sus informes de utilización de antibióticos a lo largo de 2019. Se han realizado 3 envíos en 2019.

• Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: reducción de 2% respecto a 2018
El % de envases de macrólidos ha pasado del 27,5% al 21,2%, y se ha conseguido el objetivo marcado para este indicador.
-Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 2%
El % de DDD de cefalosporinas ha pasado del 2,7% al 2,3%. Se ha conseguido una reducción importante, aunque no se ha llegado a alcanzar el 2% propuesto.
Se debe tener en cuenta que hay pacientes (en concreto pediátricos) que llevan tratamiento profiláctico con Cefixima por ITU de repetición, lo que hace muy difícil conseguir el objetivo marcado

• Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.
26 de marzo “Infecciones respiratorias 1” 70% de asistentes
7 de mayo “Infecciones respiratorias 2” 73% de asistentes
24 de septiembre “Infecciones urinarias” 62% de asistentes
17 de diciembre Charla en el IES Pedro Cerrada sobre prevención de infecciones y lavado de manos. Para Alumnos de 1º de la ESO

El calendario que se ha realizado es el siguiente:
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias. La reunión con los responsables fue 14 de marzo.
Junio-Septiembre: infecciones urinarias. La reunión fue 13 de junio.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas. La reunión de 1 de octubre fue para comentar los informes e indicadores de utilización de antibióticos.
No se ha realizado la sesión de piel y partes blandas porque desde IRASPROA no se ha preparado dicha sesión ni se ha actualizado este capítulo de la Guía de antibióticos de la Comunidad

Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La mejor forma de conseguir una mejor calidad en el uso de antibiótico y reducción de la prescripción de estos se consigue con formación, y el participar en este proyecto ha facilitado mucho la implicación del equipo.
Se ha conseguido reducir y mejorar la prescripción, pero aun queda camino por recorre.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1302 ========== ***

Nº de registro: 1302

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1302

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE UTEBO

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE UTEBO

Autores:
GASTON FACI ANA, SOLANS BASCUAS MARIA TERESA, ORTILLES GARCIA MARTA VERONICA, GARCES BALLESTEROS EVA, MARCO CALVO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

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
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.
6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

MÉTODO
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-Porcentaje de envases de macrólidos. Objetivo 2019: 28,1% (reducción de 2% respecto a 2018)
-Porcentaje de DDD de cefalosporinas de tercera generación. Objetivo 2019: 2%
Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1302

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE UTEBO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0963

1. TÍTULO

HUMANIZACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA BUIL LANGARITA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ATANCE MELENDO ESTHER
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS
BARTOLOME LALANZA LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-HEMOS COLOCADO UN PUFF INFANTIL EN LA SALA DE ESPERA DONDE LOS NIÑ@S JUEGAN, SE RELAJAN.....
-HEMOS DECORADO CON VINILOS INFANTILES LAS PAREDES DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA Y EN EL TECHO PARA QUE LOS MIREN AL ESTAR TUMBADOS EN LA CAMILLA
-HEMOS ADQUIRIDO PELUCHES QUE PUEDEN COGER Y UN MALETÍN MÉDICO DE JUGUETE CON EL QUE JUEGAN MIENTRAS LES EXPLORAMOS
-HEMOS ADQUIRIDO LIBROS INFANTILES EDUCATIVOS QUE NOS ENSEÑAN A USAR EL ORINAL, ATARSE LOS ZAPATOS....
-HEMOS ADQUIRIDO UNA MAQUETA DE DIENTES Y UN CEPILLO CON EL QUE LES EXPLICAMOS LA TÉCNICA DEL CEPILLADO
-ESTAMOS EN CONTACTO CON LA ORGANIZACIÓN BELIEVE IN ART LA CUAL NOS HA COMUNICADO A FECHA 20/11/19 QUE LES HAN APROBADO EL PROYECTO DE DECORACIÓN DE NUESTRA SECCIÓN DE PEDIATRÍA
-FOMENTAMOS UN TRATO TRANQUILO Y CERCANO RESPETANDO LA AUTONOMÍA DE CADA NIÑ@ Y DANDO APOYO EMOCIONAL Y FOMENTANDO LA PARTICIPACIÓN .
-HEMOS DECORADO BATAS MÉDICAS CON DIBUJOS INFANTILES DE FANTASÍA COMO MEDIDA DE ACERCAMIENTO A LOS MÁS PEQUEÑOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-HEMOS CREADO UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA MENOS HOSTIL, DONDE SE DA LA POSIBILIDAD DE LEER Y JUGAR EN ELLA
-LOS NIÑ@S SE MUESTRAN AGUSTO EN LA CONSULTA
-ESTAMOS CONSIGUIENDO QUE EL ACTO DE VACUNAR SEA MENOS TRAUMÁTICO EMPLEANDO TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN Y RELAJACIÓN EN LOS NIÑ@S Y EN EL CASO DE LOS BEBÉS LACTANTES EMPLEANDO LA TETANALGESIA (SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-HEMOS CAMBIADO MUCHAS COSAS EN LA CONSULTA A BASE DE MATERIALES RECICLADOS Y DE SEGUNDA MANO, PERO TODAVÍA HAY MUCHO POR HACER, ...
-UN OBJETIVO QUE PERSEGUIMOS ES ACONDICIONAR LA SALA DE ESPERA CON MESAS Y SILLAS ADAPTADAS A LOS PEQUES Y MATERIAL DIDÁCTICO PARA QUE LAS ESPERAS SEAN MÁS AGRADABLES Y CONSTRUCTIVAS.
-TAMBIÉN LA IDEA QUE LLEVAMOS ES QUE EN ESTE 2020 NOS AYUDE LA ASOCIACIÓN BELIEVE IN ART A DARLE UN AIRE FRESCO Y NUEVO A LA SECCIÓN DE PEDIATRÍA CON LA DECORACIÓN DE PAREDES Y PUERTAS
-LA IDEA QUE LLEVAMOS ES QUE ESTA RENOVACIÓN QUE HEMOS REALIZADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIATRICA SE LLEVE A CABO EN LAS OTRAS 3 CONSULTAS DE LA SECCIÓN DE PEDIATRÍA.
-SI PUDIÉRAMOS CONTAR CON UN POCO DE PRESUPUESTO PARA LA MEJORA DEL CENTRO SE PODRÍAN HACER GRANDES CAMBIOS.
-VEMOS PRIORITARIO EL PINTADO GENERAL DE TODO EL CENTRO DE SALUD QUE LLEVA UNOS 20 AÑOS SIN PINTAR

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/963 ========== ***

Nº de registro: 0963

Título
HUMANIZACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA PEDIATRICA

Autores:
BUIL LANGARITA SUSANA, ATANCE MELENDO ESTHER, BARTOLOME LALANZA LUCIA, BLASCO PEREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población diana son niñ@s (sanos y enfermos) que acuden acuden a la consulta de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0963

1. TÍTULO

HUMANIZACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

pediatría desdde el nacimiento hasta los 14 años
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Partimos de unas consultas que están igual que hace 20años (mobiliario, decoración, ...) donde no se tienen en cuenta las características del entorno del niñ@. También debemos centrar nuestros esfuerzos en dar un trato a los niñ@s más centrado en fomentar su autonomía y su participación .
En la carta europea de los niñ@s hospitalizados se hace hincapié en que los niñ@s tienen derecho a disponer de juguetes adecuados a su edad, libros, y medios audiovisuales. También tienen derecho a recibir cuidados por personal especializado en cuidados pediátricos y a ser tratados con tacto, educación y comprensión.

RESULTADOS ESPERADOS
-Atención integral a las necesidades infantiles: bienestar físico, psicológico y social
-Ser capaces de crear un ambiente NO HOSTIL, donde el niñ@ esté agusto en la consulta.
-Ser capaces de crear un entorno que estimule las emociones y se promocione la salud mediante el juego y la lectura.
-Proporcionar elementos distractores (juguetes, decoración, etc) a los niñ@s que faciliten diferentes técnicas como su exploración, vacunación, etc
Explicar al niñ@ lo que se le va a realizar mediante el juego simbólico (maletín médico infantil)
Humanizar el trato y la forma de atender a los niñ@s en nuestras consultas. Humanizar está relacionado con la dignidad humana, la libertad y la autonomía.
Disminuir el miedo, el desconocimiento y la vulnerabilidad de los niñ@s
Aumentar la calidad de vida de los niñ@s.

MÉTODO
-Ofrecer entornos sanitarios más humanos, cambiando características de diseño de la consulta, espaciales, físicas, ambientales que los entornos de cuidado de la salud deberían tener.
-Sugerencias por parte de los niñ@s y padres/madres para mejorar el entorno
- Decoración de paredes (previo pintado de la consulta), techo, adquisición de juguetes médicos simbólicos, mesas y sillas adaptadas a su tamaño, cajas, libros... Reordenación del mobiliario.
- Reunión de equipo para transmitir el proyecto de calidad y concienciar del cambio en el trato que hay que dar en la infancia
- Decoración del vestuario (bata) del personal que atiende a los niñ@s.
-Colaboraciones a "believe in art" o a otros artistas que ayuden en el diseño de la decoración de las consultas

INDICADORES
-Realizar encuesta de satisfacción a niñ@s y padres/madres que refleje si los cambios llevados a cabo en la consulta han conseguido disminuir el miedo, el estrés que supone ir a una consulta y que valore si el entorno nuevo y el trato hace que se sientan más agusto en el centro de salud
-Si el resultado es satisfactorio nos podemos plantear la extensión de esta prueba piloto al resto de las consultas de pediatría y a la sala de espera pediátrica de dicho centro de salud.

DURACIÓN
Sesión clínica para dar a conocer el proyecto
Implementación y desarrollo en la primavera/verano del 2019
Evaluación en 6 meses tras su implementación

OBSERVACIONES
Crear entornos sanitarios infantiles más humanos. Esta humanización de los espacios sanitarios ha de entenderse como parte de la cultura del cuidado del niñ@ (sano o enfermo).

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1040

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORQA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA BARRANCO OBIS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS
RODRIGUEZ ALAVAREZ JESUS
SAENZ LAFUENTE LAURA
VILLAFRANCA ESCOSA ALFRESO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Seguimiento de la consulta monografica de deshabituacion tabaquica, realizando orientacion, seguimiento y opciones terapeuticas.
Se realizaron sesiones, dando informacion de cursos realizados fuera del centro (SALUD), para todos los miembros del equipoi, incluidos MIR, EIR y estudiantes de medicina y enfermería.
En cada consulta, se realizo una captacion activa y se ofrecio a todos los pacientes la vacunacion antigripal y antineumociocica.
Se realizo y se explico cuidados de enfermeria dirigido en cada fase de la IC.
Se realizo, educacion sanitaria y/o en los habitos saludables como suprimir tabaco, cafeina, control de peso...ect).
Se realizo una revision de los programas de actividades comunitarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejoria del proceso en los pacientes con IC.
Se aumento y se realizo seguimiento a los pacientes en deshabituacion tabaquica y tambien aumento significativamente el numero de pacientes que pregunto sobre esta consulta.
Se adecuo el tratamiento en IC.
Se potencio los cuidados de enfermeria en pacientes con IC.
Se reforzo la educacion de habitos saludables.
Se reviso las actividades comunitaria (Agenda de Activos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con una buena educacion sobre habitos diarios se mejora la calidad de los pacientes con IC.
Es necesario un buen control desde AP y una atencion continuada para disminuir las visitas a urgencias hospitalarias.

7. OBSERVACIONES.
Seria interesante ofrecer al paciente con ICC, un enlace atraves del SALUD para poder consultar cuidados y dudas.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1040 ========== ***

Nº de registro: 1040

Título
PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO

Autores:
BARRANCO OBIS PATRICIA, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS, VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO, BUIL LANGARITA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1040

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORQA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO

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

PROBLEMA
La prevalencia y las hospitalizaciones por IC han ido aumentando y se espera que sigan creciendo en los próximos años, ya que la incidencia de IC está estabilizada, pero está mejorando su supervivencia gracias a la disponibilidad de mejores tratamiento. Por lo tanto,es prioritario seguir con el proyecto en IC dada las caracteristicas de la poblacion de la zona del Sector III de Zaragoza, ya que constituye una de las primeras causas de ingreso en el paciente mayor.

RESULTADOS ESPERADOS
Diminuir el numero de visitas a urgencias, hopitalizacion y visitas a AP.
Aumentar el numero de vacunacion antigripal y/o neumococica.
Crear un programa y actividades comunitarias para poder reconocer los signos y sintomas de dicha patologia.

MÉTODO
Puesta en marcha de una consulta monografia de tabaquismo, realizando en ella orientacion y tratamiento del mismo. Previamente el paciente ha sido derivado de otras consultas de enfermeria y/omedicina (Test de Fagerström y/o Richmond).

A todo paciente sospechoso de IC se le realizara un ECG de 12 derivaciones, historia de salud,revision de sintomas y signos, medicacion..

Se realizaran sesiones formativas para todos los miembros del equipo, incluidos MIR, EIR y estudiantes en practicas de enfermeria y/o medicina.

En epoca de vacunacion se explicaran y se ofrecera la vacuna antigripal.
En estos momentos se ofrecera la vacuna neumococo 23 a todos los pacientes con 65 años (cumpliodos en el 2019).

Insitir en los cambios de habitos diarios (Suprimir tabaco, cafeina, controlar el habito, dieta...).

Revision de los programas de actividades comunitarias.

INDICADORES
Tasa poblacional de consultas en servicios de urgencia por descompensación de la IC de mayores de 65 años.
Numero de pacientes que abandonaron el habito tabaquico.
Aumento del numero de vacunacion antigripal respeto al año anterior.
Calidad percibida de los pacientes con IC, tras recibir infomacion para reconocer los signos y sintoma.

DURACIÓN
Durante el año actual de la duracion del proyecto de calidad.

OBSERVACIONES
La IC es un proceso complejo y es necesario un cambio organizativo en la atención a 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 - 2019/1061

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA SALUD COMUNITARIA CON DIETA MEDITERRÁNEA Y EJERCICIO FÍSICO

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS BLASCO PEREZ-ARAMENDIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARTOLOME LALANZA LUCIA
ATANCE MELENDO ESTHER
BUIL LANGARITA SUSANA
GRACIA LOPEZ CRISTINA
SAENZ LAFUENTE LAURA
GONZALEZ SANCHEZ MILAGROS
VILLANUEVA LABORDA JAIME

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se han hecho 2 grupos uno de intervención y otro de control para ello se revisaron en diciembre del 2018 todas las historias de niños entre 3 y 6 años (unas 565) pertenecientes al centro de salud de Valdefierro
-Se explicó el proyecto al consejo de salud de Valdefierro y cada 2 meses se va compartiendo el seguimiento del proyecto
-También se explicó el proyecto a todo el equipo de Valdefierro en una sesión
-Se reclutaron 34 niños y se les explicó el proyecto y se les realizaron encuestas nutricionales y antropometrías. También se les realizó una analítica de sangre.
-Tras varias renuncias se formaron 2 grupos de 5 niños cada uno (control/intervención)
-Se han ido haciendo controles semestrales antropométricos (peso, talla, IMC..) y analíticas de lípidos a ambos grupos de niños
-El grupo de intervención ha recibido educación intensiva sobre estilo de vida mediterránea (dieta mediterránea y promoción de la actividad física) y se les ha suministrado a las familias aceite de oliva virgen extra y pescado y que han consumido al menos 3 veces a la semana.
-Al grupo de intervención se le han impartido sesiones de actividad física adaptadas a la edad de los niños (3 sesiones semanales de 60 min de actividad moderada e intensa)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Aceptación del proyecto por las familias del barrio . Número de niños que siguen en el proyecto/niños que lo iniciaron. 10 niños continúan/34 niños iniciaron.
-La asistencia a las sesiones deportivas y de dieta mediterránea es completa.
-El proyecto en su segunda fase se ha extendido a otros centros de salud del área 3 como Bombarda y Delicias Sur. Ahora se inicia un nuevo grupo de 7 niños en Valdefierro gracias a que se han ampliado los criterios de inclusión y de que se ha realizado una captación activa en los colegios del barrio durante los meses de octubre y diciembre. Se les realizarán analítica sanguíneas, antropometrías y encuestas nutricionales en enero 2020

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La duración total del proyecto es de 10 años para controlar la antropometría y la adherencia a la dieta y el estilo de vida a largo plazo, pero el proyecto inicial de arranque es de 2 años de duración
Dadas las cifras que manejamos sobre índices de sobrepeso y obesidad vemos una prioridad el realizar desde la infancia la prevención de la obesidad, el sobrepeso y de las enfermedades cardiovasculares fomentando desde edades tempranas la dieta mediterránea y el ejercicio físico

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1061 ========== ***

Nº de registro: 1061

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA SALUD COMUNITARIA CON DIETA MEDITERRANEA Y EJERCICIO FISICO

Autores:
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, BARTOLOME LALANZA LUCIA, ATANCE MELENDO ESTHER, BUIL LANGARITA SUSANA, LOMBARDO MURILLO JOSEFA, GONZALEZ SANCHEZ MILAGROS, VILLANUEVA LABORDA JAIME

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1061

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA SALUD COMUNITARIA CON DIETA MEDITERRÁNEA Y EJERCICIO FÍSICO

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Niños normopeso de Valdefierro conal menos uno de sus progenitores obesos o con sobrepeso (IMC >25) . ·EDAD.de 3 a 6 años.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La obesidad se define como un exceso de grasa corporal. Esta anomalía en la composición corporal, tiene efectos importantes para la salud, desde la infancia y tanto a corto, como medio y largo plazo Esto es aún más probable si existe historia familiar de obesidad, obesidad en la infancia tardía o adolescencia y en la presencia de obesidad mórbida.
Para la prevención de la obesidad infantil, numerosos estudios han realizado intervenciones que tratan de aumentar la ingesta de frutas y verduras ; sin embargo otros alimentos también parecen asociarse a una disminución de la ganancia de peso. En adultos, en el estudio PREDIMED, el grupo que recibió consejos de dieta mediterránea y fue suplementado con aceite de oliva, mostró una disminución significativa de la obesidad central y de la glucosa en ayunas, en comparación al grupo que recibió consejos generales sobre alimentación, mientras que los participantes que fueron suplementados con frutos secos, mostraron también una disminución de la obesidad central

RESULTADOS ESPERADOS
Valorar, en una cohorte de niños con riesgo elevado de obesidad, si mejora tras una intervención durante la infancia y la adolescencia, considerando estilos de vida saludables basados en la promoción de un patrón de alimentación mediterráneo y actividad física regular, comparada con un grupo control.
Prevenir la obesidad y riesgo cardiovascular en niños con padres con sobrepeso y obesos.
Objetivo principal : Disminuir la incidencia de obesidad tras 5 y 10 años después del inicio de la intervención
Objetivos específicos : Formar y motivar a los padres respecto a la dieta mediterránea y el ejercicio físico.
Promover y potenciar la actividad física en los los niños participantes. Estudiar las diferencias entre el grupo control y grupo intervención. Informar al Consejo de salud de valdefierro sobre el proyecto al comienzo y tras un año de inicio del proyecto.

MÉTODO
El grupo intervención recibirá educación intensiva sobre estilo de vida mediterráneo (dieta mediterránea y promoción de la actividad física) aportando a las familias aceite de oliva virgen extra y pescado, que deberá ser consumido al menos 3 veces a la semana. Se propondrán actividades físicas gratuitas adaptadas a su edad para que los niños tengan acceso a 3 sesiones semanales de 60 minutos de actividad física moderada o intensa. La adherencia a la intervención se monitorizará regularmente. El objetivo principal será la diferencia en la incidencia de obesidad entre el grupo intervención y el grupo control.
Incluir un recordatorio en la historia clínica para reforzar adherencia y continuidad al proyecto.

INDICADORES
1.-Aceptación del proyecto por las familias. Número de niños que siguen en el proyecto/ niños que lo iniciaron
2.- Asistencia a las sesiones deportivas y dieta mediterránea.
-Número de niños que asisten a acividades deportivas (media anual) /niños incluidos en proyecto
-Número de padres que acuden a formación (media anual)/ Número de padres adheridos al proyecto.

DURACIÓN
La duración total es de 10 años para controlar la antropometría y la adherencia a la dieta y el estilo de vida a largo plazo, pero el proyecto inicial de arranque de la actividad es de 2 años.
1ª hasta diciembre 2018 se buscan los casos según los criterios (ver 9 población diana)
2º se expone al plan a las familias, posteriormente se realizan antropometría y analíticas completas
3º se hacen 2 grupos casos y controles
4º durante el curso académico, se adiestra a las familias sobre dieta mediterránea, se aporta pescado y aceite de oliva cada 15 días y se lleva a cabo de ejercicio físico adaptado a la edad del niño 2-3 veces por semana.
5º Al final de cada año1ª hasta diciembre 2018 se buscan los casos según los criterios (ver 9 población diana)
2º se expone el plan a las familias, posteriormente se realizan antropometría y analíticas completas
3º se hacen 2 grupos casos y controles
4º durante el curso se adiestra a las familias sobre dieta mediterránea se aporta pescado y aceite de oliva cada 15 días y se lleva a cabo de ejercicio físico adaptado a la edad del niño 2-3 veces por semana.
5º se evalúa a final de año la adherencia al proyecto y se controlará : peso, talla, IMC y analítica de lípidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1061

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA SALUD COMUNITARIA CON DIETA MEDITERRÁNEA Y EJERCICIO FÍSICO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1248

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIO BARCENA CAAMAÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS
BARRANCO OBIS PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 3 sesiones clínicas centralizadas a las que acuden los responsables del PROA de Atención Primaria de cada Equipo de Atención Primaria:
14/03/19: infecciones respiratorias.
13/06/19: Infecciones urinarias
01/10/19: Informes de antibióticos y monitorización de indicadores.
En el Centro de Salud de Valdefierro se realizaron las siguientes sesiones
11/04/2019: Infecciones Respiratorias.
25/09/2019: Infecciones urinarias (I).
03/10/2016: Infecciones urinarias (II).
28/11/2019: Informes de antibióticos y monitorización de indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos: 100%

Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos: 93,3%; 86,6%; 93,3% y 100%

Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
-DHD antibióticos totales:
Objetivo 2019: 18,2 DHD (Mantener por debajo de la media del sector)
Resultado: 11,2 DHD (Se mantiene por debajo de la media, cumpliendo el objetivo)
-Porcentaje de envases de amoxicilina sin clavulánico:
Objetivo 2019: 52,8 % (Mantener por encima de la media del sector)
Resultado: 55,5 DHD (Se mantiene por encima de la media, cumpliendo el objetivo)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La información sobre indicadores de utilización de antibióticos ha llegado a todos los profesionales.
La asistencia a la sesiones cínicas ha sido elevada y con un adecuado grado de participación.
En el Centro de Salud de Valdefierro se mantiene la tendencia descendente de los últimos años en la tasa de consumo de antibióticos de uso sistémico, así como un aumento en el porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico. En ambos casos se obtienen unos resultados mejores que los de nuestro Sector Sanitario 3 y que los del conjunto de Aragón.
Ha quedado pendiente la sesión clínica sobre infecciones de piel y partes blandas que aparecía en los objetivos del proyecto, ya que desde el PROA del Sector se pospuso para el siguiente año, realizándose en su lugar la sesión sobre "Informes de antibióticos y monitorización de indicadores"
Los resultados obtenidos nos animan a proseguir trabajando por la mejora en la utilización adecuada de los antibióticos con el importante objetivo de ayudar al control de la grave amenaza que supone el incremento de las resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1248 ========== ***

Nº de registro: 1248

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE VALDEFIERRO

Autores:
BARCENA CAAMAÑO MARIO, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, BARRANCO OBIS PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1248

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: MEJORANDO INDICADORES DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP DE VALDEFIERRO

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
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).
El año pasado se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria, y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de antibióticos. Para dar continuidad a este trabajo, es necesario seguir trabajando en el uso adecuado de antibióticos. Tenemos herramientas para la monitorización del uso de antibióticos a partir de indicadores extraídos de los que ha propuesto el Plan Nacional contra la Resistencia a los antibióticos.
También se dará continuidad a la formación de antibióticos mediante sesiones clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.
Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.

MÉTODO
1. Monitorizar 2 indicadores de utilización de antibióticos.
2. Realizar formación específica dirigida a los profesionales en infecciones más prevalentes: infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas.

INDICADORES
- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas de formación sobre antibióticos.
- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

-DHD antibióticos totales. Objetivo 2019: 18,2 (Mantener por debajo de la media del sector)
-Porcentaje de envases de amoxicilina sin clavulánico. Objetivo 2019: 52,8 % (Mantener por encima de la media del sector)

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Marzo-Diciembre: sesiones de formación sobre uso adecuado de antibióticos.
Abril: infecciones respiratorias
Junio-Septiembre: infecciones urinarias.
Octubre-Diciembre: infecciones de piel y partes blandas.
Junio-Septiembre-Diciembre: Monitorización trimestral de indicadores a través del envío de informes a cada profesional.

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 - 2019/1349

1. TÍTULO

NUEVO SISTEMA DE GESTION DE LAS ANALITICAS (CITALAB), FASE PREANALITICA EN EL EAPS VALDEFIERRO 2019

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALFREDO VILLAFRANCA ESCOSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEDRUZO GARCIA LORETO
GONZALEZ GARCIA MILAGROS
VILLARES ANDRES ROSA ISABEL
ORTUÑO MORENO CATALINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año se realizan sesiones clínicas formativas en el EAPs. para dar a conocer el funcionamiento del nuevo modelo de recepción y gestión de las muestras que se extraen y reciben en el CS. Para su posterior envío al laboratorio del HCU en la fase preanalítica.

Para la puesta en funcionamiento del nuevo modelo de citación se realiza una Guía de usuarios, modificando la misma segun se iban viendo las diferentes casuísticas de las peticiones generadas desde el EAPs. Y las peticiones que nos llegan al EAPs. desde los distintos centros sanitarios asistenciales de la red pública en Zaragoza.

En sesiones clínicas se da a conocer al EAPs. el nuevo modelo de gestión de las analíticas. Realizando un repaso del OMI. para que todo el EAPs (personal facultativo y de enfermería) sea capaz de solventar las posibles dudas de este nuevo sistema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la fase de implementación se han establecido tres agendas, dos incluidas en el programa de extracciones (Valdefierro, Valdefierro domicilios), en ellas están incluidas todas las extracciones (sangre y muestras), que realizan los profesionales del EAPs. y salen con una fecha prefijada.

La tercera está ubicada en el sistema de OMI. -Salas- Análisis clínicos Valdefierro- y en la que se incluye especialistas tanto del CS. cómo en domicilio, Simtrones y preferentes, (citas de extracciones que hay que adelantar).

En las citas de profesionales del EAPs. Existen dos tipos de cambios de fecha:
-Adelantar- citaciones (preferentes) por orden médica.
Al entrar en el programa de extracciones y localizar al paciente (introduciendo la fecha prevista y el código), se envía la petición, imprimiendo la hoja de extracción y se cita en la agenda de OMI.
-Atrasar- En el programa Z3CITALABSALUD, una vez localizado el paciente(introduciendo la fecha prevista y el código) al poner el día que se solicita y comprobar que está disponible se adjudica la nueva fecha.
Tipos de etiquetas en la citación por especialistas:
-Etiquetas preimpresas que se pueden despegar y solamente hay que apuntar al paciente en la agenda de OMI.
-Hoja de extracciones sin etiquetas precortadas de DINA4, en ese caso hay que sacar las etiquetas preimpresas en el servicio de Admisión con el programa de etiquetas introduciendo el código de la hoja de extracción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez transcurrido un tiempo desde la implementación de este nuevo modelo se ven fortalezas y debilidades del mismo.

Puntos fuertes, no modificados.
-Mejora de la trazabilidad de las muestras extraidas y recepcionadas.
-Mejor etiquetado de los tubos de muestras.
-Menor margen de error en la utilización de los tubos de extracción de sangre.
-Implicación de la Técnico auxiliar de cuidados enfermeros, además del Equipo de Admisión, especialmente de la jefe de Equipo.

Puntos débiles modificados.
-En la fase de implementación se produce un tiempo de adaptación al nuevo modelo por parte de los profesionales y usuarios,así como también en ese tiempo coexisten peticiones nuevas y previas al nuevo modelo. En el momento actual ya este problema casi ha desaparecido tanto de especilistas como del EAP.
-Este sistema requiere confirmar el nombre del paciente en cada uno de los pasos, desde la impresión de las hojas de extracción y etiquetas, en la entrega de hojas de extracción al paciente en el momento de las extracciones y también por parte del equipo de enfermería en el momento de la extracción de sangre.

7. OBSERVACIONES.
Importante de destacar:

Desde la implementación del nuevo modelo de citación y gestión de las analíticas se viene observando un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1349

1. TÍTULO

NUEVO SISTEMA DE GESTION DE LAS ANALITICAS (CITALAB), FASE PREANALITICA EN EL EAPS VALDEFIERRO 2019

número importante de personas que por diferentes motivos no acuden a las extracciones, con el consiguiente aumento del gasto de papel, etiquetas etc.
Creemos que acuden por iniciativa propia al HCU para la realización de la extracción.
Se ha realizado un conteo de los pacientes que no acuden a realizase la extracción y/o la entrega de muestras y se ha estimado en una media de 8/10 volantes sin procesar diariamente esto supone unos 100 volantes citados mensualmente que no acuden a sus citas establecidas, con el trastorno que ello conlleva, para el buen funcionamiento de las citaciones etc.alargando el proceso de citacines, que se realiza de forma automatica por el sistema.
También creemos que no se liberan los huecos de las extracciones realizadas por el HCU. O no todas, aumentando así el periodo de tiempo desde la petición y la extracción de las analíticas, punto este importante en el desarrollo de la actividad asistencial.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1349 ========== ***

Nº de registro: 1349

Título
NUEVO SISTEMA DE GESTION DE LAS ANALITICAS (CITALAB) FASE PREANALITICA EN ELEAPS VALDEFIERRO

Autores:
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO, PEDRUZO GARCIA LORETO, RERO GUIMERA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda tipología y personas sanas.
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: Accesibilidad y trazabilidad de las muestras.

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

PROBLEMA
Debido a la implementación del nuevo modelo de citaciones CitaLab creemos necesario esta actividad, para lo cual,Se realizan sesiones clínicas informativas, en el EAPs. para dar a conocer el funcionamiento del nuevo modelo de recepción y gestión de las muestras en el laboratorio del HCU en la fase preanalítica.
Con los técnicos del Sector III se realiza la puesta en funcionamiento del nuevo modelo de citaciones, haciendo necesario realizar una Guía de usuarios, modificando la misma segun se iban viendo las diferentes casuísticas de las peticiones generadas desde el EAPs. y desde los diferentes servicios del HCU, del centro de especialidades Inocencio Jimenez y demás hospitales del Salud de Zaragoza.
Dada la necesidad de conocer el nuevo modelo,por parte del Equipo de Admisión, como del personal de enfermería, principalmente de la técnico auxiliar de cuidados enfermeros, es de importacia la implicación y buen hacer de este personal, dadas las dificultades del nuevo modelo.
Se realizan varias demostraciones y casos que nos aparecen en esta fase preanalítica, así como los diferentes modelos de peticiones generadas en los EAPs y Hospitales.
Para la implementación de este modelo, se ha tenido que cortar en algun momento las extracciones de sangre y recepción de las muestras,lo cual ha generado un retraso en las agendas de citación.
-En la fase de implementación se produce un tiempo de adaptación al nuevo modelo por parte de los profesionales y usuarios, así como también en ese tiempo coexisten peticiones nuevas y previas al nuevo modelo, tanto de especilistas como del EAP. con la consiguiente alteración de las agendas de citación.
-Este sistema requiere confirmar el nombre del paciente en cada uno de los pasos, desde la impresión de las hojas de extracción y etiquetas, en la entrega de hojas de extracción al paciente en el momento de las extracciones y también por parte del equipo de enfermería en el momento de la extracción de sangre.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejora de la trazabilidad de las muestras extraidas y recepcionadas.
-Mejor etiquetado de los tubos de muestras.
-Menor margen de error en la utilización de los tubos de extracción de sangre.
-Implicación de la Técnico auxiliar de cuidados enfermeros, además del Equipo de Admisión, especialmente de la jefe de Equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1349

1. TÍTULO

NUEVO SISTEMA DE GESTION DE LAS ANALITICAS (CITALAB), FASE PREANALITICA EN EL EAPS VALDEFIERRO 2019

MÉTODO
Acciones para la implementación del nuevo modelo:
Guías elaboradas para la implementación del nuevo proceso de la fase preanalítica por el Departamento de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos:
1-GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PETICIONES-EXTRACCIONES (A.P. y A.E.) EN LABORATORIO Z3.
2-Guía de usuario de citaLab.
3-Gestor de Peticiones (Manual Módulo de Extracción).
En la fase de implementación se han establecido tres agendas, dos incluidas en el programa de extracciones (Valdefierro, Valdefierro domicilios), en ellas están incluidas todas las extracciones (sangre y muestras), que realizan los profesionales del EAPs. y salen con una fecha prefijada.
La tercera está ubicada en el sistema de OMI. -Salas- Análisis clínicos Valdefierro- y en la que se incluye especialistas tanto del CS. cómo en domicilio, Simtrones y preferentes, (citas de extracciones que hay que adelantar).
En las citas de profesionales del EAPs. Existen dos tipos de cambios de fecha:
-Adelantar- citaciones (preferentes) por orden médica.
Al entrar en el programa de extracciones y localizar al paciente (introduciendo la fecha prevista y el código), se envía la petición, imprimiendo la hoja de extracción y se cita en la agenda de OMI.
-Atrasar- En el programa Z3CITALABSALUD, una vez localizado el paciente(introduciendo la fecha prevista y el código) al poner el día que se solicita y comprobar que está disponible se adjudica la nueva fecha.
Tipos de etiquetas en la citación por especialistas:
-Etiquetas preimpresas que se pueden pespegar y solamente hay que apuntar al paciente en la agenda de OMI.
-Hoja de extracciones sin etiquetas precortadas de DINA4, en ese caso hay que sacar las etiquetas preimpresas en el servicio de Admisión con el programa de etiqutas introduciendo el código de la hoja de extracción.

INDICADORES
Datos del Laboratorio del HCU. en la fase preanalítica.

DURACIÓN
Monitorización durante un año.

OBSERVACIONES
Documentación.
Esta debe de estar ajustada a las operaciones que se realizan con una guía básica para personas que habitualmente no utilizan el sistema.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1354

1. TÍTULO

ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

Fecha de entrada: 04/02/2020

2. RESPONSABLE ..... ROSA ISABEL VILLARES ANDRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUIL LANGARITA SUSANA
GONZALEZ GARCIA MILAGROS
ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN
SOLER PARDINILLA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CONSULTA QUE SE REALIZA DE MANERA SISTEMATICA EN LA LABOR ASISTENCIAL.
FORMACION A LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SATISFACCION ALTA POR `PARTE DE LOS USUARIOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DIFICULTAD PARA CONSEGUIR LA AGENDA PROPIA DE LA CONSULTA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1354 ========== ***

Nº de registro: 1354

Título
ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

Autores:
VILLARES ANDRES ROSA ISABEL, BUIL LANGARITA SUSANA, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN, SOLER PARDINILLA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PERSONAS QUE HANTENIDO PERDIDAS IMPORTANTES , NO HACE FALTA TENER`PATOLOGIA
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
AYUDAR A SU ELABORACION EN LAS MAS IMPORTANTES ES UNA OPORTUNIDAD DE MEJORAR LA SAUD Y TRABAJAR DE ALGUNA MANERA LA SALUD MENTAL DE NUESTRA POBLACION.

RESULTADOS ESPERADOS
. - DESARROLLAR UN ROL PROFESIONAL.
- MEJORAR LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. INTEGRANDOLAS EN EL PROCESO VITAL DE LAS PERSONAS
- FAVORECER LA COMUNICACION TERAPEUTICA.
- MOTIVAR A LOS SANITARIOS A ESTE TIPO DE CUIDADOS.
- AUMENTAR LA AUTONOMIA DEL PACIENTE.
-FAVORECERLA COMUNICACION SOBRE ESTOS TEMAS.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1354

1. TÍTULO

ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

```
- DETECTAR LAS PERDIDAS IMPORTANTES
- OFRECER CONSULTA DE DUELO.
- DERIVACION DE PROFESIONALES SANITARIOS.

INDICADORES
-NUMERO DE DERIVACIONES.( REGISTRO)
- NUMERO DE CONSULTAS EN EL SEGUIMIENTO.
- ENCUESTA DE SATISFACCION

DURACIÓN
LA CONSULTA DE MANERA CONTINUADA

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 - 2019/1457

1. TÍTULO

CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABAQUICA DE ENFERMERÍA

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ESQUIVIAS JARAMILLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRANCO OBIS PATRICIA
BUIL LANGARITA SUSANA
VILLARES ANDRES ROSA ISABEL
GONZALEZ GARCIA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
42 MEDICIONES DE MONOXIDO DE CARBONO
23 DIETAS ANTITABACO
11 APLICACIONES DE ELECTROTERAPIA
13 PACIENTES CON SEGUIMIENTO ACTIVO DE DESHABITUACIÓN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 13 pacientes con seguimineto activo 2 han dejado de fumar y 12 son recaidas
3 de ellos usaron chicles de nicotina y el resto llevaron ayuda psicologica y refuerzo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Atender a estos pacientes sin farmacología ha sido una dificultad añadida.
Esperamos conseguir mejores resultados con la financiación de los nuevos fármacos.
El proyecto se llevará a cabo mejor si disponemos de medios suficientes

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1457 ========== ***

Nº de registro: 1457

Título
CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA DE ENFERMERIA

Autores:
ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN, BARRANCO OBIS PATRICIA, BUIL LANGARITA SUSANA, VILLARES ANDRES ROSA ISABEL, VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

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

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

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos en la atención al Coronico Complejo,está la mejora de las reagudizaciones de la enfermedad epoc y asma así como la disminución de ingresos hospitalarios relacionados con el tema.
El año pasado se instaurón una consulta de enfermería, que en principio ha llevado casos aislados de cosultas varias y de otras derivaciones que se captaron de una campaña activa que se hizo frente a gripe y tabaco.
Para dar continuidad y forma a la consulta de enfermería es necesario seguir trabajando en este tema

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de la farmacología frente al tabaco así como la promoción y prevención de estilos de vida saludables.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1457

1. TÍTULO

CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABAQUICA DE ENFERMERÍA

MÉTODO
Promover el uso adecuado de los farmacos prescritos frente al deshabiuación tabaquica.
Promover estilos de vida sana (dieta, relajación mediciones de monoxido de carbono y pruebas diagnósticas de acuerdo alas necesidades del paciente).
Seguimiento del paciente en domicilio.

INDICADORES
% de pacientes que reciben información en consulta de enfermería de deshabituación tabaquica.
Reducción del cosumo tabaquico en el 15% de los pacientes en consulta durante el 2019

DURACIÓN
junio-septiembre. Monitorización de indicadores
junio-septiembre sesiones en el equipo sobre resolución de Conflictos en la consulta de deshabituación tabaquica

OBSERVACIONES
la consulta de enfermería de deshabituación tabaquica estará siempre supeditada al consenso del equipo de A. primaria de Valdefierro

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SARASA BELLOSTA CRISTINA
ROYO SARTO ANGEL
ZUECO OLIVAN GEMMA
CASTAN RUIZ SILVIA
SERRANO PERIS DIANA
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. A. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROYECTO: Responsable Director Médico y Directora Enfermería

1. Consejo de salud de Sector: Acta 1/19 (16 mayo 2019)
2. Reuniones con cada EAP para exposición del CP y ACG 2019 (se adjuntará cronograma de reuniones epiware)
3. 16 mayo: Reunión en Sala Avempace con los EAPs del Sector para tratar varios temas. Daniel Escribano presenta continuidad del proyecto.
4. Mayo 19: Se incluye en laboratorio OMI, Péptido natriurético, solicitado por los profesionales.

B. REUNIONES CON FORMADORES DE IC EN EL SECTOR: Responsables DAP, Servicio de Farmacia y Técnico de Salud
22 de Marzo de 2019: Reunión con Rodrigo Córdoba (médico de Delicias Sur) y Daniel Escribano (Oliver) para sentar las bases de seguimiento y formación en el sector. Valoramos pautas a seguir y diferentes presentaciones ya preparadas por ellos
C. UNIDAD ADMISIÓN: Responsable Subdirección médica

10 enero 8,30h: reunión con Lola del Pino (Jefe Unidad Admisión), que nos aportó los datos de CMBD para evaluar uno de los indicadores del proyecto “Reducción del Nº de ingresos urgentes con reagudización de Insuficiencia Cardiaca”
Para el cálculo se tuvieron en cuenta el primer diagnóstico al alta con los CÓDIGOS CIE-10-ES: I50, I09.81

D. FORMACIÓN ICC: responsable Técnico Salud

Formación programada por la DAP con formadores propios (Rodrigo Córdoba y Daniel Escribano): las sesiones de formación realizadas han sido:

EAP	FECHA	HORA	Formador
Miralbueno	19 nov	14	R Córdoba
Cariñena	19 nov	11	R Córdoba
Valdefierro	27 nov	10	R Córdoba
Epila	26 nov	10	R Córdoba
Tarazona	14 nov	14	D Escribano
Casetas	5 nov	13	D Escribano
Tauste	11 nov	9	D Escribano
Maria Huerva	11 julio		R Córdoba
Seminario (varios EAPS)	21 nov	10	D Escribano

Además en todos los EAPs se ha recogido la realización de una sesión clínica de IC.
El objetivo de las sesiones además del componente formativo ha sido exponer el seguimiento del proyecto así como las dificultades encontradas.

E. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN IC. Responsable Sº de Farmacia de AP

Para facilitar la revisión de los tratamientos farmacológicos por parte de medicina y datos de control de peso, TA, para personal de enfermería se han realizado las siguientes actuaciones:
• Remisión a todos los profesionales de los EAP del listado de todos los pacientes crónicos complejos con Insuficiencia Cardíaca (procedente de la extracción de la Dirección General de Asistencia Sanitaria con fecha 30/06/2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS. 1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: Nº EAPs con algún tipo de actividad comunitaria en el contexto de IC. 11 EAPs (Casetas, Delicias N, Delicias S, Oliver, Miralbueno, Borja, Ejea, Valdefierro, Tauste, Cariñena, Alagón)
2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD. Reducción 8%
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Error en extracción datos por parte del Sº Informática HCU (nos enviarán de nuevo la extracción del dato)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Presión arterial 100%, Control peso 87,84% OBJ 80%, Perímetro abdominal 34,20% OBJ 50%
5. Reducción de tratamientos desaconsejados en IC por mayor riesgo de descompensación, empeoramiento o problemas de seguridad (BTA 2016; 31(4): 28-45. http://dx.doi.org/10.11119/BTA2016-31-04): OBJ Reducción 2%: Resultado: Reducción 2,40%. (dato: 14,54%)
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. % pacientes en tratamiento con calcio-antagonistas (C08): OBJ <20 Resultado: 16,91%
7. Porcentaje de pacientes crónicos complejos con insuficiencia cardíaca en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. %Pacientes en tratamiento con betabloqueantes (C07): OBJ > 45% Resultado 44,56%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. El proyecto de mejora ha proporcionado inicialmente una visión global de nuestro mapa de IC en el sector, cómo se está haciendo la asistencia a la IC en el Sector valorando variables sencillas con objeto de mejorar el proceso.
Los protagonistas principales para conseguir mejoras en la calidad de la asistencia prestada y un uso racional de los recursos sanitarios son los propios profesionales, por lo que todas las iniciativas en este campo deben de implicarlos necesariamente, por lo cual trasladar el proyecto a proyectos de EAPs ha sido la estrategia más adecuada.
El liderazgo de la formación por parte de profesionales clínicos de AP, dos referentes en el tema de IC, ha proporcionado una visión práctica y ajustada a lo que es necesario en este primer ámbito sanitario, tanto en enfermería como en medicina.
Consideramos que el objetivo en nuestros EAPs se ha cumplido, si bien hay criterios mejorables como registro de perímetro abdominal y control de peso. Esto podría estar justificado porque valores de registro individual del propio paciente no han sido trasferidos a la Historia Clínica y por tanto no recogidos en OMI. Nos queda pendiente la interrelación con especializada, que por diferentes circunstancias no ha cumplido las expectativas del proyecto.
Como debilidad del proyecto y es una constante repetida en todo ellos, es la dificultad y la falta de autonomía para la extracción de datos, que nos impide el estrecho seguimiento cuantitativo y desagregado por EAP de los indicadores.
El proyecto debe ser sostenible per sé, en cuanto se trata de un proceso clínico muy prevalente en las consultas de AP y no cabe si no la posibilidad de mejorar aspectos que no se han contemplado en el proyecto porque no era el objetivo.

7. OBSERVACIONES.

========== Proyecto correspondiente ==========

Nº de registro: 0052

Título
CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

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

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

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, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC. La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: somo capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2. Cambios en la oferta de servicios: definición de una consulta monográfica, modificación agendas OMI, incorporación plantilla autocuidados.
3. Formación: PLan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.
5. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAPs, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona y de sector.

INDICADORES
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: Nº EAPs con algún tipo de actividad comunitaria en el contexto de IC. Objetivo: al menos 7 . Fuente de datos: registro actividades comunitarias de los centros

2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD

3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP

4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP

5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia

6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloquenates respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1. Cambios práctica clínica: GPC/Vía clínica: Valoración y adecuación hasta junio 2018.

2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados: Enero-junio 2018

3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. marzo-diciembre 2018

4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018

5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018

6. Comunicación: Reunión EAPs, MI, Consejos de Salud Zona y sector. Reunión EAPs periodo firma de AG. Comuniación MI en todo el periodo del proyecto. Comunicación con Consejos de Salud según reuniones planificadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

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

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

1. TÍTULO

DERMAP/DERMATOAP

Fecha de entrada: 28/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SARASA BELLOSTA CRISTINA
ROYO SARTO ANGEL MANUEL
CASTAN RUIZ SILVIA
ZUECO OLIVAN GEMMA
SERRANO PERIS GLORIA DIANA
AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROYECTO

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

B. REUNIONES CON ESPECIALIZADA. RESPONSABLE DAP

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

3. 11/7/19 Reunión Dirección AP, Dirección AE, Jefe de Servicio de Dermatología y Médicos de Familia encargados de la implementación del proyecto. Se realiza una sesión formativa para explicar el manejo del teledermatoscopio y consensuar el circuito de derivación.

C. FORMACIÓN

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

D. OFERTA DE SERVICIOS

- Han sido adquiridos 7 dermatoscopios con incorporación de cámara y se ha instaurado de forma coordinada con la Dirección de Gestión y con Atención Especializada un circuito de derivación intracentro a una consulta específica de dermatología_AP donde en algunos casos se efectuaba la captura de la imagen para visionado y valoración de las imágenes obtenidas por parte de un profesional de Dermatología.
- El circuito de TeleDermatología se instauró en julio 2019 entre el servicio de Dermatología y los Centros de Salud de Delicias Sur, Tarazona, Épila, Alagón, Cariñena, La Almunia y Univérsitas y desde entonces se han llevado a cabo 106 actos de dermatoscopia con captura de imagen y derivación para valoración de la imagen obtenida por Dermatología.
- Se han extendido las consultas de Cirugía Menor a 21 (de los 22 centros del Sector) y se han creado 8 consultas de dermatoscopia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. En relación al objetivo fundamental del proyecto, disminuir la incertidumbre diagnóstica y la variabilidad en el manejo de las lesiones cutáneas en AP, consideramos que mediante el esfuerzo formativo llevado a cabo, así como con la implantación de la Dermatoscopia y la Tele-Dermatología en aquellos EAP en los que ha sido posible instaurarla, se ha conseguido un avance cuya envergadura es prematuro evaluar.
2. Sí hemos sido capaces de mejorar la relación e interconsulta entre AP y Dermatología, como así hemos podido constatar subjetivamente en reuniones mantenidas tanto con la Jefatura de Servicio de Dermatología como con los Coordinadores de los EAPs.

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

1. TÍTULO

DERMAP/DERMATOAP

3. El número de equipos con dotación de dermatoscopio es de 9: Alagón, Cariñena, Delicias Sur, Épila, La Almunia, Tarazona y Univérsitas son tele-dermatoscopios y Valdefierro y Tauste son dermatoscopios. Esto supone el 40,9% de los Centros, alcanzando así el estándar propuesto en el indicador.
4. Existen 21 consultas monográficas de Cirugía Menor y 8 de Dermatoscopia, lo que supone superar el objetivo de 14 consultas monográficas de Cirugía Menor/dermatoscopia/dermatología.
5. Se ha obtenido mediante encuesta un grado de satisfacción con el programa de 9,35 expresado por el 70% de los participantes.
6. Se han derivado en 2019 un total de 106 lesiones pigmentadas con tele/dermatoscopia para valoración por Dermatología (fuente HCE).
7. En relación al indicador planteado de un descenso de un 2% de las lesiones pigmentadas derivadas a Dermatología desde AP, hemos de señalar que no solamente no se ha producido, sino que se ha incrementado en 198 el número de derivaciones respecto al año anterior (un 5,4%). Probablemente sea demasiado pronto para evaluar este proyecto, dado que al inicio de una nueva actividad se suele producir un “efecto llamada”. Dado que no se ha conseguido llegar a todos los centros por dificultades presupuestarias y que hasta julio no se instauró el proceso, nos proponemos con la continuación del proyecto medir este indicador, pero no valorarlo.
8. En cuanto al aumento de derivación de lesiones extirpadas mediante cirugía menor, nos proponíamos aumentar en un 5%. No nos ha sido posible la obtención del dato dado que la persona encargada de facilitárnoslo desde el servicio de Anatomía Patológica se ha trasladado y no existe continuación en el registro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pese a que la valoración final se efectuará en la memoria de 2020, dado que este proyecto se prolongará en el tiempo para tratar de hacerlo extensivo a aquellos EAP a los que no ha sido posible todavía, las conclusiones iniciales son:

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

Dado que no se ha conseguido adquirir la tecnología necesaria para llegar a todos los centros por dificultades presupuestarias y que hasta julio no se instauró el proceso, nos proponemos la continuación del proyecto con el fin de alcanzar un mayor cumplimiento de los objetivos planeados y un mayor alcance poblacional, dado que algunos grandes centros (Tarazona, Univérsitas, pese a tener el equipamiento, no han avanzado por dificultades internas que desde la DAP nos proponemos tratar de corregir.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1319

Título
DERMAP / DERMATOAP

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

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

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

Enfoque .....:

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

1. TÍTULO

DERMAP/DERMATOAP

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
Disminuir la incertidumbre diagnóstica y la variabilidad en el manejo de lesiones cutáneas en AP
Objetivos secundarios:
Mejorar la relación e interconsulta entre Ap y dermatología
Introducción del manejo de la dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutaneas susceptibles de cáncer cutaneo o atipia.
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas.
Fuente de información servicio de AP: lesiones pigmentadas derivadas en 2019/2018….Disminucion de 2%
Aumentar la intervención quirúrgica menor en lesiones subsidiarias de la misma.

MÉTODO
Formación en medicina de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio.
Creación de grupos de trabajo AP-AE con la elaboración de protocolos comunes.
Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.
Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatologia (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....).
Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).

INDICADORES
Dotación de dermatoscopio en al menos 40% de los equipos de AP.
Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas dermatológicas al año (superior al 60% de los profesionales médicos). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Mejoría en el manejo de las lesiones y en la derivación al recurso más adecuado. Método de evaluación: encuesta a los profesionales.
Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%). Fuente de información: audit historias.
Aumento de un 5% en derivación para biopsia de lesiones cutáneas desde AP.
Número de consultas monográficas de dermatología/dermatoscopia/cirugía menor. Igual o mayor de 14.
Lesiones pigmentadas derivadas en 2019/2018….Disminucion de 2%

DURACIÓN
Formación de los profesionales responsables: primer semestre 2019
Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: primer semestre 2019
Elaboración de sesión consenso patologías banales: segundo-tercer trimestre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

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

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 28/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZUECO OLIVAN GEMMA
LAFITA MAINZ SERGIO
ROYO SARTO ANGEL MANUEL
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS
SERRANO PERIS GLORIA DIANA
AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES
CASTAN RUIZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS

Indicar las actividades realizadas:

En la presentación del Contrato programa, en las reuniones con los coordinadores de los centros se ha explicado la estrategia.
Y en la firma individualizada con cada Centro de salud, del Acuerdo de Gestión, se ha reiterado y analizado la situación de cada uno.

Se ha analizado el indicador propuesto y se han impulsado áreas de mejora con los profesionales.
Se han realizado sesiones de una de las patologías prevalentes en el paciente crónico complejo, la insuficiencia cardiaca (es otro de los proyectos del contrato programa). En todos los equipos y con la asistencia del 90% de los profesionales.
Indicar si se ha elaborado algún tipo de material para desarrollar el proyecto.

- Tras la explicación, se ha facilitado la presentación de la estrategia para uso de los centros y los profesionales, en cada centro se ha realizado la sesión correspondiente.
- Se han enviado los listados de los pacientes y se ha comprobado la recepción de los mismos y recordado la inclusión.
- Se han remitido los datos obtenidos sobre los indicadores propuestos por el Servicio Aragonés de Salud.

Cumplimiento del calendario marcado y recursos empleados.

Describir las acciones realizadas de cara a comunicar a profesionales y pacientes el proyecto y sus resultados.

Se ha cumplido el objetivo de realizar sesiones en los centros.

Además de las sesiones realizadas en los centros de salud, se han realizado sesiones conjuntas, con profesionales de los diferentes centros de salud, representantes de la estrategia del departamento y del hospital de referencia.

- 17 de diciembre de 2018
- 12 de marzo de 2019
- 25 de septiembre de 2019

Finalidad de las sesiones:
La primera sesión realizada a finales de 2018 consistía en establecer la continuidad del proyecto, iniciar desde el inicio del 2019.
Las siguientes sesiones:
Reiterar la exposición de la estrategia para que los profesionales tuviesen la oportunidad de plantear todas aquellas cuestiones que reiteradamente nos han ido transmitiendo.
Realizar una aproximación entre ambos niveles asistenciales:
o La coordinación entre los centros de salud y el servicio de Medicina interna está establecida en algunos centros de salud.
o Se insistió en la pertinencia y efectividad de contar con un referente de medicina interna en cada centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS ALCANZADOS

Señalar el resultado alcanzado y su relación con el standard marcado.

Con todas las actuaciones realizadas desde la Dirección se tiene una visión real de:

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

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Las circunstancias y dificultades
- El grado de implantación.

En todos los planteamientos de base, era importante que se pudiera constatar la forma de trabajo y el objetivo a alcanzar con las herramientas puestas a disposición de los profesionales (sistemas de registro).
Todos los profesionales conocen la estrategia
Todos los profesionales han valorado la situación respecto a la misma: dotación, herramientas, continuidad asistencial, referencia y comunicación con el hospital, concretamente con el servicio de Medicina interna.
Indicar el impacto del proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención.

En todos los centros (100%) se ha constatado que la actuación seguida por los profesionales estaba encaminada a conseguir los siguientes objetivos:
Orientar la organización de forma activa para identificar y dar respuesta a las necesidades de cuidados de los pacientes crónicos complejos y sus cuidadores.

Garantizar la accesibilidad y la continuidad asistencial, para evitar la actual fragmentación de responsabilidades, posibilitando una mejora real del proceso.

Intervenir oportunamente en el proceso de la enfermedad y disminuir la variabilidad clínica mediante el establecimiento de normas consensuadas de actuación que permitan dar respuesta a las necesidades del paciente en cada momento.

Mejorar la calidad de vida y la autonomía de este tipo de pacientes.

Mejorar la seguridad de la atención y disminuir la iatrogenia en la atención a estos pacientes.

Disminuir el número de ingresos por paciente, disminuir el número de asistencias en urgencias de los pacientes.

Disminuir el número de pacientes con fármacos de eficacia no probada o contraindicados en este tipo de pacientes.

Disminuir el número de pacientes polimedicados.

La forma de realizar el trabajo va en la línea de los objetivos de la estrategia, pero se está teniendo mayor dificultad en la utilización de las herramientas (OMI) que se han propuesto.

Los objetivos específicos:

Realizar sesiones para abordar las patologías y sus descompensaciones.

- Se han realizado sesiones en todos los equipos de las patologías más prevalentes, entre ellas la insuficiencia cardiaca que además es uno de los proyectos del contrato programa, la asistencia fue del 90% de los profesionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se ha implantado la estrategia en los centros (todos los profesionales la conocen: objetivos, expectativas, herramientas y recursos).
- Se dispone de la información relevante de cada equipo para el desarrollo de la estrategia: recursos materiales, humanos y herramientas (registros).

Recomendaciones:

- Planificación de la realización de un seguimiento periódico de la implantación de la estrategia.
- Realizar una valoración para ver el nivel de implementación alcanzado.

Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes.

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

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.

Mejorar la herramienta informática que recoge el plan de intervención, con el objeto de aumentar la adhesión al registro por parte de los profesionales.

Estamos ante una estrategia importante y pertinente en cuanto a resultados en salud y desde el equipo de mejora vamos a seguir actuando e incidiendo en su implantación.

Indicadores obtenidos:

Porcentaje de pacientes de la población diana (GMA = 97) que se han incluido en el programa.

A fecha de junio de 2019, un 11, 8%.

Se ha incrementado considerablemente respecto al dato de 2018 que era de un 3%.

Es un proyecto que está en la línea de la estrategia impulsada por el departamento. Actualmente nos hallamos en la fase inicial del proyecto, pero dada la pertinencia del mismo, vamos a continuar hasta lograr la implantación efectiva.

El proyecto va a estar incluido en el Contrato Programa 2020. Para un mejor control de desarrollo, se ha solicitado al Departamento que en el cuadro de mandos, se puedan ver tanto los pacientes incluidos como los pacientes incluidos a los se les ha realizado el plan de intervención.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1322

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar y detectar lo antes posible la descompensación de la situación clínica del paciente o de la situación familiar.

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

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

El equipo de atención primaria realizará el seguimiento de estos pacientes de forma programada y/o a demanda, ante comunicaciones del paciente/cuidador por posibles cambios en los signos o síntomas guías.
Objetivos generales:

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1364

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA TRAMITACIÓN DE TRASLADO EN AMBULANCIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN PESCADOR YAGÜE
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRAJ GARCIA NIEVES
ELHOMBRE MONTAÑES PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Análisis de los principales errores en la cumplimentación de la solicitud de traslado en ambulancia tratamientos no periódicos.

Los errores más frecuentes detectados han sido:
Confusión en conceptos que diferencian entre traslado colectivo y traslado individual.
Error en los datos del traslado que hacen referencia al origen y destino.
No coincidencia de los datos del domicilio del paciente con BDU (Base Datos Usuario).
Datos incompletos en fecha y hora del servicio.
Confusión a la hora de marcar la casilla de consultas externas y hospitalización en ciertas ocasiones (hospital de día y cirugía mayor ambulatoria).
La mayoría de los casos en traslado individual no aparece la justificación clínica.

- Repaso de la normativa vigente.
- Recopilación de la información disponible en los Equipos de Atención Primaria.
- Reunión con el Inspector Responsable del Departamento de Planificación y Aseguramiento, que ha permitido la unificación de criterios respecto a los errores detectados.
- A lo largo del desarrollo de proyecto se han realizado numerosas llamadas, en primer lugar, a personal de admisión de los Equipos de Atención Primaria informando del error detectado en la solicitud de traslado en ambulancia e intentar subsanarlo sin necesidad de recurrir al facultativo.
- Llamadas a los facultativos responsables de emitir la solicitud de traslado en ambulancia, indicándoles los errores y la forma de subsanarlos, informándoles del procedimiento a seguir.
- Diseño de una tarjeta recordatorio del teléfono de contacto del servicio de transporte sanitario para colocarlo en lugar visible en los Centros de Salud…….
- Diseño de un documento resumen de instrucciones sobre la solicitud de traslado en ambulancias contempladas en el Resolución de 24 de noviembre 2014 de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han reducido el número de errores detectados:
- Nº de errores en mayo del 2019: 6,1%
- Nº de errores en diciembre del 2019: 5,1%

Indicadores calculados de la base de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Creemos que falta información a los facultativos.
- Los facultativos consideran que esta actividad es menor dentro de sus tareas.
- En la reunión con el Inspector Responsable del Departamento de Planificación y Aseguramiento, se nos informó de que la gestión final del traslado en ambulancia la realiza la empresa, optimizando las ambulancias en el transporte.
- Con frecuencia se detecta que no se cumple la realización de la solicitud de traslado programado en ambulancia con una antelación superior a 48 horas, tal como indican las instrucciones.
- Las solicitudes de traslado en ambulancia cumplimentadas en las residencias llegan escritas a mano, lo que resulta bastante ilegible y supone numerosas llamadas a los centros.

- Consideramos que debería aparecer en el punto 5 de la solicitud de traslado en ambulancia la opción de “Precisa camilla”, ya que en la aplicación informática se puede elegir.
- Creemos que los apartados a cumplimentar deberían de aparecer en el mismo orden tanto en la solicitud de traslado en ambulancia como en la aplicación informática.
- Consideramos que una revisión de la solicitud de traslado en ambulancia por parte del servicio de admisión, que es el que envía dicha solicitud por fax, evitaría las continuas llamadas a los facultativos y facilitaría la tramitación en la aplicación informática.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1364 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1364

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA TRAMITACIÓN DE TRASLADO EN AMBULANCIA

Nº de registro: 1364

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA LA TRAMITACION DE TRASLADO EN AMBULANCIA

Autores:
PESCADOR YAGÜE MARIA CARMEN, FRAJ GARCIA NIEVES, ELHOMBRE MONTAÑES PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las solicitudes para el traslado de pacientes en ambulancia, llegan incompletas, mal cumplimentadas, ilegibles por defecto del fax o por la letra, no cumplen plazo de envío (48 horas), lo que conlleva tener que hacer llamadas a los centros para que nos faciliten los datos que faltan o están ilegibles y así poder tramitarlas y en algún caso puede haber retrasos en la recogida de los pacientes con el consiguiente demora en la llegada al centro sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de las solicitudes respecto a legibilidad, a la cumplimentación adecuada de los apartados, a errores en la filiación y dirección de origen de los pacientes, etc.
Que los solicitantes adecuen el plazo de solicitud a la fecha de traslado.

MÉTODO
Contabilizar el numero de solicitudes con algun item erroneo.
Identificar las principales causa de error.
Identificar los centros y profesionales con mayor tasa de error.
Informar a los profesionales implicados de los errores advertidos en la solicitud, informe periodico.
Recordar a los profesionales la normativa a través de un documento o ficha resumen.
Evaluación intermedia del impacto de las medidas

INDICADORES
Comparación entre:
Numero de solicitudes erróneas al inicio del proyecto/ numero total de solicitudes (periodo de evaluación inicial)
Numero de solicitudes erróneas al final del proyecto/ numero total de solicitudes (periodo de evaluación final)

DURACIÓN
Evaluación de la situacion abril-junio.
Inicio actividades de mejora mayo a noviembre.
Noviembre evaluacion intermedia.
Después de noviembre continuar con proyecto o cerrarlo.

Recursos.

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 - 2019/0299

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS LALLANA ALVAREZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES
SERRANO PERIS GLORIA DIANA
CASTAN RUIZ SILVIA
ZUECO OLIVAN GEMMA
LAFITA MAINZ SERGIO
FRAJ GARCIA NIEVES
CABRERIZO PEREZ DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha llevado a cabo formación específica dirigida a la población en el Consejo de Salud de Delicias Sur, elaborando un tríptico de información a la población con ideas clave sobre que son los antibióticos y cómo utilizarlos.
Se ha realizado una sesión formativa a los MAC del sector, para fomentar la optimización en el uso de antibióticos con una duración de 5 horas. Se realizó el 17 de junio y fue acreditada con 0,9 créditos.
Se han realizado diferentes sesiones en 2019 dirigidas a los facultativos de AP:
• 14 de marzo: Infecciones respiratorias (16 asistentes de 22 EAP).
• 28 de mayo. Reunión pediatras de AP en EAP Miralbueno: PROA-AP en Pediatría
• 13 de junio 2019. Infecciones urinarias en adultos. Reunión con responsables (14 asistentes de 22 EAP)
• 19 de septiembre: Infecciones urinarias en pediatría. Reunión con pediatras. (12 pediatras de EAP)
• 1 de octubre: Informes de utilización de antibióticos. Indicadores. (14 asistentes de 22 EAP)
• 10 de diciembre. Reunión pediatras de AP en HCU. Infecciones respiratorias en pediatría.
Se ha participado en el diseño de un estudio sobre la adecuación del uso de macrólidos en Delicias Sur
Se ha participado en el diseño de un proyecto sobre la utilización del test de la gripe en menores de 4 años en Atención Primaria

Elaboración y diseño de la campaña de optimización de uso de antibióticos sobre prescripción diferida, para su aprobación por IRASPROA.
Se ha realizado material de apoyo para pacientes en otitis y sinusitis.
Se ha cumplido el cronograma marcado en el proyecto, y se han realizado más actividades para apoyar a los profesionales
Como herramienta de difusión, se han utilizado los salvapantallas de los ordenadores de todas las consultas de AP para recordar la importancia de un buen uso de antibióticos.
-5 de mayo La lucha contra la Resistencia a los antibióticos está en tus manos. Día mundial de la higiene de manos. Una atención limpia es una atención más segura.
-10 septiembre (genérico sobre antibióticos).
-18 de noviembre: Día para el uso prudente de antibióticos. Cartel de la AEMPS
Se han establecido áreas de mejora en dos indicadores de antibióticos en todos los EAP y se han facilitado listados de utilización de antiinfecciosos en 2018 con los diagnósticos asociados a la prescripción, como base para el estudio de la adecuación del uso de antibióticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
100% de profesionales de AP (médicos y pediatras) ha recibido información sobre indicadores de utilización de antibióticos.
Los datos respecto a la utilización de antibióticos correspondientes al periodo enero-diciembre de 2019 obtenidos de FarmaSalud son:
• Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
DHD antibióticos totales. Objetivo reducir 2% respecto a 2018. Se ha alcanzado una reducción del 12,1%, al pasar de 15,7 DHD en 2018 a 14 DHD en 2019.
Macrólidos. % de macrólidos respecto al total antibióticos. Objetivo: no superar la media de Aragón (21,2%). El resultado es 18,1%, la media de Aragón es de 19,5% en 2019.
Azitromicina. Objetivo inferior a 20% de envases totales de antibióticos. El resultado ha sido 14% de envases del total de antibióticos.
DDD de Cefalosporinas de tercera generación respecto al total de antibióticos. Objetivo: No superar la media de Aragón. El valor es del 1,6%, mientras la media de Aragón está en 2,4%.
• Elaboración del material de soporte para las sesiones dirigidas a la población. Se ha elaborado material y un tríptico de apoyo a la población sobre Uso adecuado de antibióticos.
• También se han preparado hojas de información sobre prescripción diferida en los procesos de otitis (pediatría) y sinusitis (adultos).
• Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas realizadas por las farmacéuticas de Atención Primaria: 66%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0299

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES

Este es el primer año en el que se disponía de informes para monitorizar la prescripción de antibióticos a nivel de profesional (CIAS médico/pediatra). Se han conseguido los objetivos fijados para los indicadores seleccionados. Es necesario seguir utilizando estos informes como feed-back a los profesionales, y detectar aquellos casos en los que se produzcan las mayores desviaciones en la utilización de antibióticos para elaborar medidas concretas que faciliten un uso más adecuado de estos fármacos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/299 ========== ***

Nº de registro: 0299

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES

Autores:
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS, AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES, SERRANO PERIS DIANA, CASTAN RUIZ SILVIA, ZUECO OLIVAN GEMMA, LAFITA MAINZ SERGIO, FRAJ GARCIA NIEVES, ELHOMBRE MONTAÑES PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

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
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).

Desde 2016 existe un grupo PROA de Atención Primaria en el Sector Zaragoza III que comenzó a trabajar en coordinación con el grupo PROA del Hospital Clínico y de la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica para mejorar el uso de antibióticos en Atención Primaria siguiendo las líneas marcadas por el programa IRASPROA.

Para dar continuidad a este trabajo, y a partir de las necesidades detectadas en el grupo PROA-AP del sector, es necesario seguir trabajando en la monitorización y en la formación sobre el uso de antibióticos a los profesionales, y también a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.

Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.
Seleccionar con los profesionales indicadores a monitorizar durante el año 2019.

Difundir la información sobre indicadores de utilización de antibióticos a todos los profesionales (médicos y pediatras) del sector.

Mejorar la cultura de uso de antibióticos en la población: sensibilización respecto al uso adecuado de los antibióticos en los pacientes a través de las estructuras disponibles en los equipos de atención primaria del Sector

MÉTODO
1. Elaborar informes de utilización de antibióticos que permitan conocer el uso de antibióticos en la población.
2. Monitorizar algunos de los indicadores propuestos por el PNRAN entre los profesionales de AP del Sector Zaragoza III.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0299

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES

3. Analizar los indicadores propuestos y establecer áreas de mejora en aquellos que supongan un mayor riesgo para el desarrollo de resistencias a los antimicrobianos.
4. Realizar formación específica dirigida a la población utilizando estructuras como los Consejos de Salud para su difusión.
5. Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza III:
a. Apoyar a los EAP en la formación relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
b. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (test de estreptococo, prescripción diferida…).

INDICADORES
•% de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.

•Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019
DHD antibióticos totales. Objetivo reducir 2% respecto a 2018
Macrólidos. % de macrólidos (envases) respecto al total antibióticos. Objetivo: Inferior al 20%
DDD de Cefalosporinas de tercera generación respecto al total de antibióticos. Objetivo: No superar la media de Aragón (1,9%)

• Elaboración del material de soporte para las sesiones dirigidas a la población
• Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas realizadas por las farmacéuticas de Atención Primaria

DURACIÓN
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos y selección de indicadores a evaluar en 2019. Identificación de áreas de mejora individualizadas por equipo.
Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.
Enero-Diciembre: Reuniones de trabajo del grupo PROA-AP del sector
Marzo-Diciembre: envío trimestral de los informes de utilización de antibióticos a todos los profesionales de atención primaria.
Mayo: informe de uso de antibióticos en atención primaria. Sector Zaragoza III.
Mayo-Diciembre: Diseño y difusión de campañas de optimización de uso de antibióticos dirigidas a la población.

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 - 2019/1363

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SILVIA ANEL GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO MONCAYO
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO LUNA MARIA JESUS
PASCUAL GONZALEZ BEATRIZ
ORCASTEGUI DELSO JUAN LUIS
MARINA GOMEZ ABEL
HERNAEZ BRUNA LAURA
BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto consta de la captación de pacientes (Dra. Maria Jesús Navarro Luna) e implementación de una consulta de enfermería de ET (educación terapéutica) para los pacientes con enfermedades respiratorias (ASMA y EPOC) que son enfermedades crónicas con elevada prevalencia, alta mortalidad y complejidad terapéutica

Como característica poblacional a considerar:
La mayoría son pacientes de edad avanzada. Dificultad de acudir a las visitas por movilidad reducida. Pacientes dependientes de cuidadores para el transporte hasta la consulta. Población rural a veces alejada del CME Moncayo.

En todos los pacientes se detectó un déficit de conocimientos de su enfermedad y tratamiento. En algunos un déficit de detección y tratamiento de agudizaciones.
Las consultas se realizan de manera individualizada, presencial o telefónica y alguna sesión grupal para afianzar conocimientos.

Hemos realizado las siguientes actividades:

Primera consulta

- La consulta consta aproximadamente 30 minutos de duración en la que se realiza una exploración física (peso, talla, IMC, saturación de oxígeno…), se valora alergias, otras enfermedades, todos tratamientos prestando especial atención en comprobar que está tomando la medicación inhalada adecuada de la manera y a la dosis prescrita. Además de valorar el nivel de conocimiento de su enfermedad.
- Valoración de capacidad y autonomía de los pacientes con los test Actividad de la vida diaria (AVD), utilizamos los test de Lawton y Brody e Indice de Katz. Esto nos será de utilidad para saber si es autónomo con su tratamiento o también debemos implicar al cuidador.
- Índice TAI en primera visita para valoración de cumplimiento y/o motivo de incumplimiento.

- El paciente nos explica la técnica y detectamos los errores. Una vez detectados se indica la manera correcta y se entrega unas indicaciones escritas
- Valoración de enfermería basándonos en las 14 necesidades de V. Henderson

- Clasificación de Diagnósticos NANDA marcando los objetivos propuestos.

- A todos los pacientes recomendaremos alimentación equilibrada, ejercicio y evitar hábitos tóxicos (tabaco,…)
- Si detectamos un problema con la medicación inhalada de fuerza o coordinación solicitaremos colaboración a Dra. Navarro para cambio de tratamiento o incluir cámara para inhaladores presurizados.

Segunda consulta y sucesivas

- Se realiza a los 2-3 meses de la anterior visita y vuelve a realizar la exploración física (peso, talla, saturación de oxígeno ..) y se realiza el Índice TAI de nuevo.
- El paciente nos vuelve a explicar la técnica y vemos si ha corregido los errores. Reforzar y animar al paciente con los logros alcanzados.
- Valoración de enfermería basándonos en las 14 necesidades de V. Henderson por si hubiera algún cambio respecto a primera visita.

- Clasificación de Diagnósticos NANDA. Se preguntará sobre los objetivos y actividades marcadas. Valoramos los logros obtenidos sobre lo planteados en la primera visita y animamos a continuar.

- Reforzar y animar a la alimentación equilibrada, ejercicio y evitar hábitos tóxicos y a continuar con el tratamiento si se encuentra bien.

- Revisar cumplimiento terapéutico

Alta de consulta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1363

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO

Cuando los objetivos de la consulta han sido satisfactorios se da el alta de esta consulta.
Se realizará una encuesta de satisfacción sobre la actividad realizada al paciente y a una valoración de enfermería que nos servirá junto a los valores TAI para conocer la evolución del paciente y se remitirá este documento de alta a la consulta de respiratorio donde la Dra. Navarro, teniendo en cuenta los logros obtenidos realiza una revisión del estado de salud del paciente con revisión sintomatología, agudizaciones e ingresos

En enero de 2020 se realizó una Sesión grupal para todos los pacientes en la que realizamos charla Educativa con presentación Power Point para 14 pacientes:

- Informar de las características de EPOC y ASMA es importante saber que es una enfermedad crónica.
- Tipos de tratamiento, técnicas adecuadas, posibles efectos secundarios y como evitarlos.
- Reforzar en hábitos de vida saludables. Información escrita sobre deshabituación tabáquica
- Entregaremos una documentación escrita para identificar signos de alarma de exacerbación del EPOC y/o de crisis asmática que son muy importantes para actuar de forma temprana y evitar hospitalizaciones.
- Resolución de dudas planteadas y dudas prácticas de técnica de inhaladores.
- El Cuestionario TAI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han captado 36 pacientes de los cuales 6 se les ha realizado una segunda consulta de seguimiento, analizando los resultados se han obteniendo resultados positivos de la atención recibida.
Dos salieron del estudio, el primero por no emplear los inhaladores y el segundo por estar al cargo una enfermera de su cuidado
Quedan para seguimiento 17 pacientes, a los que se les ha realizado la primera visita y la ET grupal y 11 pacientes están pendientes de primera consulta.
De los 6 pacientes que se ha terminado seguimiento:

- 5 son pacientes independientes en el cuidado de su salud, tratamientos y 1 tiene una dependencia leve.
- Realizada la valoración de enfermería con las necesidades de V. Henderson lo diagnósticos de enfermería encontrados son: déficit de conocimientos, Manejo inefectivo de régimen terapéutico, Intolerancia a actividad, Estilo de vida sedentario, desequilibrio nutricional, en todos se plantean actividades y objetivos.
- A todos se les ha dado educación para su cuidado, están vacunados frente a la gripe 2019 y no fuman.
- La edad media de los pacientes estudiados es de 81.16 años
- Cuatro pacientes tienen TAI de inicio y fin con Buena adhesión y dos casos de adhesión intermedia errática.
- En todos los pacientes se detectan errores de técnica en los inhaladores que se corrigen en la segunda visita.
- El 50 % de los pacientes estudiados eran pacientes con EPOC y el otro 50% de ASMA
- La valoración de enfermería al finalizar es que los pacientes mejoran sus hábitos de vida, el conocimiento de su enfermedad y la técnica de uso de inhaladores. Los pacientes consideran que les ha ayudado a controlar su enfermedad.
- En cómputo total de pacientes estudiados las exacerbaciones/agudizaciones el primer semestre de 2019 son de 4 episodios y en segundo semestre de 2019 solo hay constancia de 2 episodios. Un paciente indica que se redujo la tos. En 2019 ningún paciente tuvo ingresos por este motivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes y/o cuidadores principales deben tomar conciencia de que sufren enfermedades respiratorias crónicas. Por ello tienen que aumentar la autonomía de su autocuidado cumpliendo las recomendaciones y tratamientos que se les pautan.

Estas consultas se capturan en el sistema HIS como visitas no programadas o telefónicas y se realizan al finalizar la consulta de espirometría con lo que disponemos de poco tiempo para ello, sería necesario crear una agenda propia y tener una consulta de enfermería mensual para atender a pacientes.

También necesitaríamos un acceso telefónico para llamadas externas debido a la dificultad de muchos pacientes para desplazarse hasta el centro y muy importante sería poder anotar en HCE toda la valoracion y evolución de los pacientes.

Se solicita continuar hasta junio de 2020 para poder atender a los pacientes de respiratorio seleccionados por Dra. Navarro y obtener valores más concluyentes

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1363 ========== ***

Nº de registro: 1363

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1363

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO

Título
CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO

Autores:
ANEL GRACIA SILVIA, NAVARRO LUNA MARIA JESUS, HERNAEZ BRUNA LAURA, PASCUAL GONZALEZ BEATRIZ, ORCASTEGUI DELSO JUAN LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO MONCAYO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se ha detectado un déficit de conocimientos y/o Manejo inefectivo de régimen terapéutico en pacientes de Neumología.Creemos necesario empoderar al paciente en estas situaciones mediante intervenciones educativas de enfermería, especialmente en la falta de conocimientos y/o de entrenamiento de dispositivos y generando hábitos de vida saludables en : Nutrición, seguridad, actividad, rol/relaciones, afrontamiento/tolerancia al estrés..Esta consulta de enfermería mejora la Autonomía, la calidad de vida del paciente y sirve de nexo entre:
ESPECIALISTA DE NEUMOLOGÍA -ENFERMERIA- PACIENTE CON EPOC o ASMA INTRINSECA.
En la consulta se realiza la primera valoración de enfermería utilizando las Necesidades básicas de V. Henderson y en especial a estos puntos
• Nivel de instrucción del manejo de fármacos y terapias (inhaladora, oxigenoterapia y manejo de dispositivos y nivel de conocimientos de su enfermedad para el control de síntomas)
• Factores de riesgo: tabaquismo, ansiedad, depresión, nerviosismo, hábitos de vida poco saludables, disnea, abandono de régimen terapéutico
• Conocimientos de entorno familiar u situación socio-sanitaria. En situaciones de dependencia, nivel de conocimientos del cuidador principal
Los pacientes en consulta de Neumología tienen diagnóstico médico de EPOC o ASMA intrínseco. El EPOC: es una enfermedad crónica inflamatoria de los pulmones que obstruye el flujo de aire desde los pulmones. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de mucosidad (esputo) y silbido al respirar. ASMA, Inflamación crónica de las vías aéreas (bronquios), que causa episodios recurrentes de disnea, sibilancias, tos y sensación de opresión en el pecho,.. ASMA intrínseco, enfermedad sin estímulo inmunológico.
Los inhaladores son los dispositivos que facilitan la llegada de los medicamentos a los bronquios. Existen muchos tipos de inhaladores y cada uno tiene sus ventajas, sus inconvenientes y sus instrucciones.

RESULTADOS ESPERADOS
• Fomentar hábitos de vida saludables y proporcionar medidas higiénico-dietéticas.
• Facilitar al paciente los conocimientos básicos: para mejorar el control de síntomas, sus inhaladores y otras necesidades detectadas
• Aumentar autonomía para el manejo de su régimen terapéutico para eliminar al máximo la sintomatología y saber si son necesarios los inhaladores de rescate.
• Adiestramiento práctico de inhalador y refuerzo cada visita de la técnica: destrezas manuales para mejorar adherencia.

MÉTODO
La consulta consistirá en realización una valoración de enfermería en consulta de Neumología y Espirometría.
• Facilitar una Guía útil con hábitos de vida saludables, medidas higiénicas y autovaloración de síntomas de agudización de su enfermedad. Instrucciones de cada inhalador adaptadas a los conocimientos/habilidades.
• Se realizarán sesiones individuales y/o grupales con pacientes y seguimiento conocimientos hasta revisión de neumología.

INDICADORES
Para la valoración y evaluación de los pacientes en la consulta estarán incluidos en la valoración de enfermería.
• El test de adhesión. TAI
• Escalas de valoración de Actividades de la vida diaria (AVD)
Escalas de valoración AVD: Índice de KATZ y Índice de BARTHEL
Escala de Valoración de AVD Instrumental: Escala de Lawton y Brody

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1363

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO

DURACIÓN
De junio 2019 a junio 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 - 2019/1136

1. TÍTULO

COORDINACIÓN DE SALUD MENTALCON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 19/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLAS PEREZ EVA
SANCHEZ LAZARO CARMEN
MARTIN MARTINEZ CARMEN
MARTINEZ VERA MARIA TERESA
GARCIA CORBALAN JORDI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La cartera de servicios y los criterios de derivación a Salud Mental fueron enviados a los coordinadores de los Centros de Salud de Primaria correspondientes a nuestro Sector a finales de 2018. Dichos criterios proceden de un artículo de revisión desarrollado por el autor en la revista Medicine. 2011;10(85): 5786-5788, con el título "Criterios de derivación de un paciente psiquiátrico a Atención Especializada y de ingreso hospitalario".

CRITERIOS DE DERIVACION A SALUD MENTAL
IDEACIÓN Y CONDUCTA AUTOLÍTICA:
Una forma efectiva de reducir las tasas de suicidio es mejorar la capacitación de los médicos de atención primaria en reconocer los trastornos mentales.
Se recomienda hablar de suicidio con los pacientes en los que se detecte o que comuniquen ideación suicida, recomendando:
1. En caso de ideación autolesiva ? derivación a la Unidad de Salud Mental si:
- Presencia de trastorno mental grave
- Conducta autolítica grave reciente
- Plan de suicidio elaborado
- Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista
- Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

2. En caso de episodio autolesivo
? derivación a un Servicio de Urgencias hospitalario si:
- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria
- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente).

? derivación preferente a la Unidad de Salud Mental o bien contacto directo vía telefónica con el facultativo de referencia en caso de que NO se den los puntos anteriores pero sí alguno de los siguientes:
- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado
- Presencia de enfermedad mental grave
- Conducta autolítica grave reciente
- Intentos de suicidio previos
- Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición

DEMENCIA:
Se derivarán a Salud Mental las alteraciones de conducta graves que no respondan de forma adecuada al tratamiento. También es criterio de derivación la existencia de comorbilidad psiquiátrica.

DELIRIUM:
No es indicación de derivación a Salud Mental; en todos los casos de Delirium o (Síndrome confusional agudo de origen orgánico) hay una causa física subyacente que debe ser determinada por los medios adecuados.
TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y/O OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:
Abusos y consumos perjudiciales deben ser tratados en Atención Primaria y los síndromes de dependencia derivados por Atención Primaria a Centros Específicos.
En nuestro Sector se podrá realizar derivación a Proyecto Hombre, UASA del Hospital Provincial y CMAPA (ver Guía de recursos anexa).
ESQUIZOFRENIA:
El tratamiento de esta patología se realiza en los Servicios de Salud Mental, con derivación ordinaria en pacientes estables y ya en tratamiento. En el resto de casos se realizará derivación urgente o preferente.
Desde Atención Primaria se contribuye a:
- la adherencia terapéutica
- la continuidad de cuidados
- control de salud general
- control de efectos secundarios
- la identificación precoz de síntomas de descompensación

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

1. TÍTULO

COORDINACIÓN DE SALUD MENTALCON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

• vigilancia de comorbilidad con abuso de sustancias u otros trastornos
• valoración del soporte sociofamiliar.
TRASTORNO BIPOLAR:
Misma actitud que para la Esquizofrenia:
• Derivación normal: pacientes estables con tratamiento.
• Derivación preferente: hipomanía, episodio depresivo moderado o grave.
• Derivación urgente: manía, riesgo autolítico elevado.
DEPRESIÓN:
Los distintos tipos de Depresión de intensidad leve-moderada (incluida la Distimia y los Trastornos de Adaptación con síntomas depresivos) deben ser tratados en Atención Primaria, considerándose éste el medio ideal para su detección precoz, tratamiento y seguimiento en la mayoría de los casos.
1. Confiere gravedad a la depresión:
Síntomas psicóticos
Riesgo suicida
Desesperanza
Aislamiento
Abandono del autocuidado

2. Criterios de derivación a Salud Mental:
- Dudas diagnósticas con otros cuadros psicopatológicos.
- Episodios depresivos graves con síntomas delirantes, riesgo suicida, agitación, inhibición, alteraciones conductuales o síntomas psicóticos. En estos casos se requiere tratamiento más intensivo o ingreso. Se deberá derivar a Salud Mental de forma urgente o preferente.
- Episodios Depresivos leves o moderados con las siguientes características:
Persistencia en el tiempo o recurrencia a pesar de haber realizado pautas de tratamiento adecuadas.
Presentan trastornos de personalidad u otros trastornos psiquiátricos comórbidos asociados que influyen en la falta de respuesta terapéutica o dificultan la relación médico-paciente.
Comorbilidad con patologías orgánicas graves que compliquen el manejo terapéutico.
- Depresión con síntomas marcados durante el embarazo
TRASTORNO FÓBICO:
Diferenciar si son un síndrome por sí mismos (agorafobia, fobia social, fobia específica…) o si el síntoma está enmarcado dentro de un Trastorno afectivo (en este segundo caso, actuar como se indica en el apartado correspondiente a los Trastornos afectivos).
Inicialmente se recomienda llevar a cabo el tratamiento en los Centros de Atención Primaria. Son criterios de derivación a Salud Mental:
• Persistencia de conductas de evitación y limitaciones graves a pesar de haber instaurado un plan terapéutico adecuado; necesidad de plantear un tratamiento psicológico específico.
• Asociación con abuso de sustancias para paliar la ansiedad
• Dudas diagnósticas.
*Las fobias simples, en principio, salvo que resulten invalidantes o mermen claramente la funcionalidad del paciente, NO están incluidas en la cartera de servicios.
TRASTORNO DE PÁNICO Y DE ANSIEDAD GENERALIZADA:
Es recomendable que el tratamiento se inicie en los Centros de Atención Primaria. La derivación se recomienda:
• Cuando persiste a pesar de los tratamientos pautados.
• Asociada con abuso de sustancias para paliar síntomas
*En los cuadros de estrés agudo secundarios a agresiones, valorar derivar para atención en la Oficina de Víctimas (ver Guía de recursos anexa).

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO:
Derivación a Salud Mental.

TRASTORNO DE CONVERSIÓN Y DISOCIATIVO:
Se recomienda inicialmente descartar organicidad del trastorno mediante derivación al Servicio médico pertinente (Medicina Interna, Neurología…) La derivación a Salud Mental se recomienda:
• Si los síntomas persisten durante meses o si la intensidad o repercusión funcional son elevadas.
• Si por parte del paciente existe conciencia del Trastorno y motivación para el cambio, y el médico de atención primaria no se ve preparado para afrontar esa tarea.
TRASTORNO SOMATOMORFO E HIPOCONDRÍACO:
Se recomienda tratamiento en Atención Primaria. Sería adecuado el contacto con un solo profesional, evitar múltiples derivaciones. Se considera indicado el tratamiento en Salud Mental en los siguientes casos:
• Dudas diagnósticas
• Persistencia prolongada de incapacidad funcional y laboral.
TRASTORNO NO ORGÁNICO DEL SUEÑO:
Se consideran tratables desde Atención Primaria excepto:
• Dudas diagnósticas
• Repercusiones severas y persistencia de síntomas a pesar de haber pautado tratamiento adecuado.
TRASTORNO DE PERSONALIDAD:
Estos trastornos por su complejidad para el diagnóstico y tratamiento requieren de atención especializada en Salud Mental en el momento en que surgen alteraciones de conducta relevantes.
En Atención Primaria el médico debe contar con la información necesaria para sospechar el diagnóstico y a partir de ahí derivar, generalmente de forma ordinaria (a no ser que se satisfagan criterios de derivación preferente) a Salud Mental.
TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA:
Se derivará a Salud Mental. Existe dispositivo específico de tratamiento en nuestra Comunidad, pero la

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

1. TÍTULO

COORDINACIÓN DE SALUD MENTALCON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

derivación debe realizarse través de Atención Especializada.
Desde Atención Primaria se controlará la situación física del paciente. Será motivo de derivación preferente un IMC menor o igual a 16 kg/m2, especialmente si la pérdida ponderal ha sido rápida.

También se le envío la actualización de las Guía de recursos de Salud Mental de 2018.

GUÍA DE RECURSOS DE SALUD MENTAL

JUVENTUD, ATENCIÓN PSICOLÓGICA
• Centro Municipal De Promoción de la Salud (de 12 a 29 años)
C/ Pedro Garcés de Añón Nº3-5 Tf 976726043
DROGAS- ALCOHOL
• Unidad de Tratamiento de Adicciones, Hospital Provincial (Salud)
C/ Ramón y Cajal 68, Tf 976175261
• Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA). Atienden también ludopatía y adicción a nuevas tecnologías.
Avda Pablo Ruiz Picasso, 59. Tf 976724916
• Centro Solidaridad Zaragoza, Proyecto Hombre.
C/ Manuela Sancho 3-9. Tf 976200216.
TARABIDÁN (Perfil juventud)
C/ Lucero Del Alba,2. Tf 976331775.
• Cruz Roja Española
C/ Allué Salvador, 8. Tf 976158795
VIOLENCIA DE GÉNERO
• Instituto Aragones de la Mujer.
Dispone de numerosos servicios de atención a la mujer (entre ellos violencia de género: 900504405) y también servicio de atención psicológica para hombres (Programa Espacio).
Paseo María Agustín Nº 16- 5ª planta. Tf 976716720
• Casa De La Mujer Zaragoza.
C/ Don Juan de Aragón, 2. Tf 976391116.
• Atención víctimas de abusos sexuales Vicki Bernadet
Plaza San Miguel 13, 5ºizda. Tf 654762730
FAMILIA
• Servicio de Orientación y Mediación Familiar Vía Univérsitas, 36-3 planta. Tf 976716790
• AINKAREN Asociación en Defensa de la Vida (Casa Cuna)
C/ Fray Julián Garas, 1. Tf 976387286
• Agresiones y violencia de cualquier tipo:
Oficina de atención a las víctimas, Ciudad de la Justicia (acompañamiento a juicios, gestión de denuncias, información, ayudas…)
Avda José Atarés,89
Edificio Fueros de Aragón, Escalera B. Planta 1. Tf 976208459.
VIOLENCIA INTERPARENTAL (Hijos a padres)
• FAIM, Fundación para la Atención Integral del Menor.
C/ Doctor Alejandro Palomar 10. Tf 976378261
• MEDIFAM Asociación de Mediación y Orientación Familiar.
(hacen terapia familiar privada). Tf 630167910
• Espacio Visiones
C/ Mayoral, 39. Tf 976435272
DEMENCIA:
• Programa de apoyo al cuidador, Fundación Federico Ozanam
C/Ramón Pignatelli, 17. Tf 976 443366
ASOCIACIONES:
DEMENCIA: AFEDAZ
C/ Monasterio de Samos, 8, Zaragoza. Tf 976412911
info@afedaz.com
TRASTORNO DEPRESIVO: AFDA
Asociación trastornos depresivos Aragón, C/ Honorio García Condoy 12. Tf 976379024.
TRASTORNO BIPOLAR, ATBAR (Afectados por Trastorno Bipolar de Aragón)
C. Cívico Almozara, planta 3
Avda Puerta Sancho, 36, Zaragoza
Viernes de 18 a 21 horas.
FIBROMIALGIA, ASAFA: Asociación Aragonesa de Fibromialgia y fatiga crónica
Coso 67 esc 1, 1º A. Tf 976207941
CÁNCER, AECC. Apoyo psicológico a los pacientes con cáncer.
C/ Reboleria,20-22. Tf 976295556
zaragoza@aecc.es
TABAQUISMO:
• Unidad de Tabaquismo FMZ. Tf 976762515
• CMAPA (programa específico tabaquismo “Lo dejo”). Tf 976724916
LUDOPATIA, AZAJER
C/ Rioja, Nº 9. Tf 976200402
TRASTORNOS CONDUCTA ALIMENTARIA, ARBADA
Paseo Sagasta 51, 5º Izdo. Tf 976389575
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EL VOLCÁN (apoyo a familiares)

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

1. TÍTULO

COORDINACIÓN DE SALUD MENTALCON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

C/ Ventura Rodríguez 14 Bajo. Tf 976276437

En el mes de mayo se realizó una sesión clínica de coordinación en el centro de atención primaria (CAP) de Valdefierro, sobre el manejo de los antidepresivos y se revisaron los criterios de derivación, además se procedió a la reevaluación de algunos casos clínicos. Posteriormente se acudió al CAP de Miralbueno con el mismo objetivo. En este caso además de la presentación de los distintos psicofármacos empleados en los trastornos afectivos, se indicó las dificultades con las que nos encontrábamos en la Unidad de Salud Mental (USM) a la hora de un abordaje más integral del paciente con trastorno mental.

Quedan pendientes para 2020 las próximas citas en los CAP de Delicias Sur, Oliver, La Almunia y Épila correspondientes a nuestro Sector.

También se han realizado revisión de pacientes con trastorno mental grave con los distintos profesionales de Atención Primaria y en algún momento se ha coparticipado en sesión de especializada junto con compañeros de Primaria.

Además, hemos intentado potenciar la interconsulta telefónica en determinados pacientes mejorando con ello la accesibilidad a nuestras consultas. En definitiva, durante los últimos meses a través de la interconsulta virtual hemos recibido una mayor información, lo cual nos ha permitido priorizar determinados pacientes dándoles una mejor atención siendo menor el número de interconsultas donde se sugería la derivación a otros recursos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El número de pacientes que derivados desde el 1 de abril al 31 de diciembre a el Centro de Salud Mental de Delicias desde Atención Primaria han sido un total de 956, incluyendo a los que habían sido derivados a psicología .
2. El número de pacientes a los que se les ha dado cita o están pendientes de la misma entre esos mismo meses son 786.
3. Por tanto el 82,3% de los pacientes que han sido derivados han sido citados en nuestra Unidad
4. Siendo la evolución de las derivaciones la siguiente:
abril 101
mayo106
junio 104
julio 86
agosto 94
septiembre 123
octubre 125
noviembre 122
diciembre 95

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como ya he comentado anteriormente, hemos acudido a dos de los 6 centros de referencia que tenemos asignados, quedando pendientes los CAP de Delicias Sur, Oliver, La Almunia y Epila. Para ello, necesitamos tiempo no sólo para llevar a cabo la reuniones pertinentes, si no para poder evaluar de una manera más objetiva los resultados obtenidos, dado que el beneficio de nuestras intervenciones son a largo plazo.
Además debemos aportar nuevos temas docentes de interés relacionados con la Salud Mental que permitan un mejor abordaje de estas patologías.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1136

Título
COORDINACION DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

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

1. TÍTULO

COORDINACIÓN DE SALUD MENTALCON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1298

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... EVA VILLAS PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEVA FERNANDEZ ANTONIO
GIL HERNANDEZ MARIA NIEVES
GARCIA CORBALAN JORDI
MARTIN MARTINEZ CARMEN
PAMPLONA FONDEVILA SUSANA
GRACIA PELIGERO EVA MARIA
BELDA HIJANO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar fue fundamental la elaboración de fichas específicas que permitieran la recogida de datos de una forma sistematizada. Las fichas constaron finalmente de un total de 59 ítems (31 preguntas troncales; 6 de ellas, en caso de respuesta afirmativa, dan paso a 19 preguntas de múltiple respuesta). Están divididas en cuatro apartados: 3 ítems para datos de filiación (número de historia clínica, edad y género), 16 ítems sobre datos sociales y psicobiográficos (apoyo familiar, historia laboral, ayudas económicas…), 20 ítems sobre antecedentes psiquiátricos (datos previos a su seguimiento en nuestro CSM como procedencia, antecedentes familiares, consumo de tóxicos previo…) y 20 ítems sobre la patología en curso (tipo de clínica, diagnóstico, oferta de derivaciones a dispositivos específicos, derivaciones efectivas, tratamiento, cumplimiento del tratamiento…).

Por otro lado, cada profesional de nuestra USM (psiquiatras y MIR, psicóloga, enfermera, trabajadora social) elaboró un listado con todos aquellos pacientes de etnia gitana atendidos entre los meses de marzo (fecha de la puesta en marcha del proyecto) y noviembre, ambos inclusive, de 2019.

De forma paulatina se cumplimentó una ficha para cada unos de esos pacientes: a través de las datos ya recogidos en sus historias clínicas para los pacientes ya conocidos en la Unidad, así como de los nuevos datos aportados en las entrevistas realizadas con el profesional correspondiente en el periodo referido.

Por último se procedió a la creación de una tabla Excel que permitiera la organización y análisis de los datos recogidos. Realizamos al análisis de los resultados obtenidos a lo largo de los meses de diciembre de 2019 y enero de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El total de pacientes de etnia gitana atendidos entre marzo y noviembre de 2019 fue de 45 (contabilizamos un único paciente independientemente del número de visitas que hubiera realizado cada uno de ellos en ese periodo).

Por tratarse de un proyecto con un objetivo por ahora puramente descriptivo, planteamos indicadores de actividad y no de impacto. El indicador propuesto fue el siguiente: Nº de fichas cumplimentadas respecto al total de pacientes de etnia gitana atendidos entre marzo y noviembre de 2019.

Consideramos ficha “cumplimentada” aquella en la que se conocen al menos un 80% del total de ítems propuestos Tenemos en cuenta que el número total de ítems para cada paciente varía en función de sus respuestas; esto es, en pacientes con respuestas negativas en las preguntas de acceso a subpreguntas/preguntas de respuesta múltiple, el número total de ítems a evaluar será menor. Se rellena una única ficha por paciente independientemente de las veces que haya sido visitado el paciente en ese periodo.

El objetivo propuesto fue lograr un mínimo de 70% de fichas “cumplimentadas”. De los 45 pacientes atendidos, se logró la cumplimentación de al menos un 80% de ítems en todos los pacientes. Esto es, se lograron 100% de fichas cumplimentadas, logrando así alcanzar el objetivo propuesto.

En cuanto a algunos de los datos más reseñables obtenidos del análisis descriptivo, podemos exponer que:
Un 51,1% de la muestra son varones frente al 48,9% de pacientes mujeres. La edad media es de 44,16 (DT ± 12,62). Un 65,9% de la muestra está casado y la media del número de hijos es 2,69. Un 88,9% describen un buen apoyo por parte de su núcleo familiar y un 66,9% viven una situación socioeconómica problemática. En un 22,2 % constan antecedentes de problemática legal. El CAP Oliver es el ambulatorio de referencia de la mayoría de la muestra (59,1%).
En cuanto a su historia psiquiátrica, 10,78 es la media de años que hace que iniciaron seguimiento en nuestro CSM. El 48,9 % de la muestra ha mantenido su seguimiento sin interrupción alguna desde su inicio, frente al 51,1% que sí lo han interrumpido en alguna ocasión (24,5% hasta en un mínimo de tres ocasiones). En 51,1% de pacientes se recogen antecedentes psiquiátricos familiares. En cuanto al consumo de tóxicos, el 25% de la muestra reconoce haber consumido cannabinoides, seguido de un 13,3% de alcohol de forma abusiva, un 13,3% de psicoestimulantes y un 8,9% de opiáceos.
Respecto a la clínica que motiva la consulta existe un claro predominio de sintomatología ansiosa (60% de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1298

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

muestra), seguido de sintomatología afectiva (35,6% de la muestra) y conductual (17,8% de la muestra). Los diagnósticos más frecuentes son Trastorno afectivo (40%), Trastorno ansioso (37,8%) y Trastorno de la personalidad (22,2%). Un 8,9% cumplen criterios de Trastorno por consumo de tóxicos y un 6,7% de Trastorno psicótico. En un 15,5% de la muestra el facultativo responsable reconoce haber sospechado un Trastorno facticio, y en el 24,4% de casos reconoce haber tenido dudas a la hora de dar un diagnóstico. Son una minoría los pacientes a los que se les ha ofrecido derivación a otro dispositivo (el 33,3%), siendo el más habitual Hospital de Día (11,1%) seguido de unidades específicas de dependencias (8,9%).
Los fármacos mayoritariamente pautados son los antidepresivos (hasta en un 80% de la muestra) y los ansiolíticos (73,3%), seguidos de los antipsicóticos orales (28,9%) y antiepilépticos/estabilizadores (22,2%). Sólo una paciente de toda la muestra está en tratamiento con litio, y ningún paciente lo está con antipsicóticos de liberación prolongada. Se considera que el 54,5% de la muestra conoce bien su tratamiento, siendo adecuado el cumplimiento en un 55,6% de los pacientes valorados. En un 35,6% la toma es irregular o existe una mala cumplimentación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que este primer estudio del perfil clínico de la población gitana (en lo que conocemos, único hasta la fecha) es imprescindible para poder lograr una atención específica y eficaz a esta población. Se trata de un trabajo sencillo, con una recogida de datos que forma parte de nuestra actividad clínica diaria (la entrevista clínica es herramienta fundamental de trabajo en Salud Mental), de bajo coste, fácilmente replicable y sencillamente ampliable a cualquier otra Unidad.

Como aspectos a mejorar plantemos los siguientes:
1. Si bien se ha logrado cumplir con el objetivo planteado (recabar información útil y analizarla), la necesidad de ceñirnos a unos plazos de entrega deja pendiente, en primer lugar, el poder completar la recogida de datos durante al menos un año y no únicamente durante nueve meses. Con ello la muestra hubiera sido mayor y los resultados hubiesen tenido una mayor relevancia. Consideramos que un periodo de un año nos hubiera aproximado a poder introducir en el estudio al total de los pacientes que mantienen historia clínica abierta en el centro, puesto que algunos de ellos mantienen visitas de revisión anuales.
2. Queda pendiente también unir a los datos recabados en nuestra USM los recogidos desde la Unidad de Psicosomática del Servicio de Psiquiatría del HCU.
3. Una vez estudiados los datos recabados, consideramos que resultaría muy interesante comparar los datos obtenidos en el estudio actual con otra muestra de similares características de pacientes no gitanos. Sería ésta la forma definitiva de discernir si existen diferencias clínicamente significativas que confirmen esa “patoplastia particular” de la etnia gitana que planteábamos como hipótesis en el punto de partida de nuestro trabajo.
4. Y por último: resultaría necesario introducir en el equipo de trabajo un profesional con conocimientos y experiencia en informática y estadística que pueda colaborar en la ampliación de la base de datos y el estudio de la misma.

Restaría finalmente poner en marcha una segunda fase que nos lleve a lograr el objetivo último de ésta línea investigadora (atención específica y eficaz a pacientes gitanos). Para ello proponemos la posterior puesta en común de los resultados obtenidos con profesionales de la salud que atienden a estos pacientes en otros ámbitos (fundamentalmente Atención Primaria y Servicios Sociales, así como otras Unidades dentro de los Servicios de Psiquiatría) y la posible creación de programas específicos de atención a esta etnia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1298 ========== ***

Nº de registro: 1298

Título
ATENCION A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

Autores:
VILLAS PEREZ EVA, SEVA FERNANDEZ ANTONIO, GIL HERNANDEZ NIEVES, GARCIA CORBALAN JORDI, MARTIN MARTINEZ CARMEN, PAMPLONA FONDEVILA SUSANA, GRACIA PELIGERO EVA, BELDA HIJANO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1298

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Resulta compleja la atención psiquiátrica a pacientes pertenecientes a la etnia gitana. Existen grandes dificultades diagnósticas (la experiencia clínica pone de relevancia una patoplastia peculiar sobre la que no encontramos tan apenas bibliografía ni estudios), y es complicada la planificación de tratamientos, pues topamos con una barrera transcultural que limita nuestra intervención, entre otros, por el rechazo de estos pacientes a gran parte de los recursos que se les ofrecen.
Todo ello lleva a no lograr evoluciones satisfactorias en buena parte de estos pacientes, incluso a no lograr siquiera una adecuada continuidad asistencial. Consideramos que existen una barrera transcultural que resulta insalvable si no logramos una mejor comprensión de su forma de vivir y expresar la enfermedad mental. Para ello resulta indispensable un estudio exhaustivo de las características clínicas de este perfil de pacientes que nos permita ampliar información y así lograr una atención específica y eficaz en esta población.
Proponemos un programa que constituiría una primera fase imprescindible de acercamiento, estudio y análisis de una población particular y en gran medida desconocida, para poder así asentar las bases de cara a la creación de un programa de atención específico y necesario, de atención a en Salud Mental a etnia gitana.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Recoger en una base de datos estructurada y fiable a los pacientes de etnia gitana atendidos en nuestro CSM.
2. Hacer una recopilación de datos demográficos, clínicos, sociales y psicobiográficos.
3. Hacer con ello un estudio descriptivo fiable.
4. Lograr un mejor conocimiento de la patoplastia del paciente gitano en Salud Mental.
5. Lograr finalmente una atención específica y más eficaz en este perfil de paciente
6. Asentar las bases para una segunda fase del programa: contacto con Atención Primaria y Servicios Sociales; exposición de resultados y creación en coordinación con ellos de un programa específico de intervención comunitaria y atención especializada a etnia gitana que facilite la adecuada derivación, adhesión y tratamiento de esta población.

MÉTODO
Participarían los pacientes de etnia gitana con cita concertada en nuestro CSM entre marzo de 2019 y noviembre de 2019, bien en visitas de primer día o en visitas de revisión. La recogida de información se realizará a través de entrevistas directas mantenidas en esas visitas a nuestro CSM.
A través de la elaboración de fichas específicas, los datos registrados en las historias clínicas (sociodemográficos, diagnóstico, años de evolución, tratamientos ensayados, derivación a otros dispositivos, continuidad del seguimiento…) serán sistematizados de cara a facilitar su análisis.
Por medio de un programa de cálculo estadístico se procederá al análisis de los mismos y a la interpretación de los resultados.
Contactaremos con Servicios Sociales municipales y Atención Primaria para compartir los resultados, poner en común las dificultades y plantear la creación de un programa específico de atención en Salud Mental a paciente de etnia gitana.
Contamos además con el interés mostrado por la Unidad de Psicosomática del Hospital Clínico Universitario en nuestro proyecto.

INDICADORES
- nº de pacientes de etnia gitana atendidos en nuestro CSM entre marzo y noviembre de 2019
- nº de fichas cumplimentadas con información recabada de las historias clínicas
- nº de ítems de cada ficha cumplimentados (fichas e ítems por definir a lo largo del programa que proponemos)
- nº de centros de atención primaria y servicios sociales contactados para la exposición y puesta en común de la información.

DURACIÓN
- Marzo 2019 a noviembre 2019: recopilación de historias clínicas y recogida/ampliación de datos.
- Abril 2019: creación de fichas específicas para la sistematización de datos
- Diciembre 2019: análisis descriptivo de los datos recogidos en las fichas; análisis de resultados.
- Enero 2020: contacto con Servicios Sociales Municipales y Atención Primaria, puesta en común de la información.
- Febrero 2020, creación de programa específico de intervención comunitaria y atención específica en salud mental a población gitana.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1298

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

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

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

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

1. TÍTULO

PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 27/12/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MARCO ISABEL
GIMENEZ NAVARRO ROSA
VILLAROYA LACILLA MARIA
JUAN GONZALVO NATIVIDAD
PEREZ PASCUAL MANUEL
PEÑA JUAN ISABEL
GASCON RICARTE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Establecimiento de criterios para ingresar en el Programa
Se realiza la selección de usuarios susceptibles de entrar en el Programa en base a los criterios establecidos.
Evaluación funcional de su problemática en las diversas áreas de la vida cotidiana
Diseño del PIR con especial relevancia en el área de habilidades para la vida independiente.
Coordinación con el resto de dispositivos sanitarios y recursos sociales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han recogido los primeros datos de los indicadores del 100% de los integrantes del Programa (12), disponiéndose de una serie de datos base que nos permita observar la evolución de los usuarios a lo largo del Programa durante el año 2020.
Los indicadores establecidos eran los siguientes:
- Nº de usuarios que siguen manteniéndose viviendo en su domicilio desde el inicio del programa.
- Nº de pacientes del Programa ingresados en dispositivos de UME o ULE/ Nº total de pacientes del programa
- Incremento significativo del nivel de calidad percibida en la atención, evaluado con el cuestionario de Actitudes del Usuario (CAU) utilizado en la evaluación de los recursos residenciales de la Comunidad Autónoma andaluza.

Hemos incorporado un nuevo indicador: Evaluación de las actividades de la vida diaria (Escala Bels), ya que nos permitirá evaluar los cambios personales al vivir autónomamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos ampliado los indicadores para tener unos datos base que noes permita evaluar más discriminadamente el Programa

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1310

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO DE DIA ROMAREDA

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

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

1. TÍTULO

PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La atención domiciliaria permite que aquellas personas con cierto grado de autonomía puedan permanecer en sus domicilios o en la comunidad, evitando ingresos en unidades residenciales y respetando el derecho de las mismas a un proyecto de vida independiente.
Ante la escasez de plazas en los dispositivos concertados que pueda suplir estas carencias, desde los recursos propios del CRP intentamos dar respuesta a estas necesidades complementando los recursos concertados para esta finalidad.
Su finalidad es ofrecer servicio de supervisión, de entrenamiento o de autocuidado compensatorio, tanto de cuidados personales como de entorno, y detección precoz de estadios de pre-crisis o de situaciones de recaídas.

RESULTADOS ESPERADOS
POBLACIÓN DIANA
Usuarios y usuarias del CD con dificultades para poder vivir de modo autónomo en la comunidad y vinculados a los dispositivos comunitarios de rehabilitación del Sector III que viven solos en su domicilio o pensión, o a aquellos que si bien conviven son sus padres debido a la edad de éstos se prevé que en un espacio no muy prolongado en el tiempo se encontraran solos/as.
OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA
1. Ofrecer atención en el entorno natural de las personas que sufren TMG
2. Desarrollar un sistema de continuidad de cuidados definidos en el plan rehabilitador establecido en el CD
Para cumplir estos objetivos es necesario conocer las capacidades y dificultades de autonomía de las personas atendidas en el CD.
Detectar necesidades no cubiertas en los recursos de alojamiento para su cobertura a través de los recursos sociales comunitarios
Evaluar las capacidades de los usuarios/as y realizar una preparación para las habilidades domésticas y para la vida autónoma.
Seguimiento y supervisión de pacientes ya integrados en pisos.
Proporcionar atención y apoyo sanitario en aquellos casos de mala adherencia al tratamiento y/o escasa conciencia de enfermedad con el fin de detectar precozmente crisis
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1. Lograr una adherencia suficiente para la continuidad del tratamiento.
2. Desarrollar las capacidades de cada paciente.
Los bloques de intervenciones propuestos son:
1. Habilidades de autocuidado
2. Habilidades instrumentales (habilidades para la vida diaria).
3. Elaboración y cuidado activo de la salud.
4. Apoyo psicológico, orientado hacia el manejo de síntomas y el afrontamiento de problemas.
Se propone para el Contrato de gestión del 2019 este Proyecto que tratará de cubrir estas necesidades detectadas.
El Programa acogerá a doce pacientes de los dispositivos comunitarios de rehabilitación.
El objetivo final del proyecto es garantizar la recuperación funcional en el ámbito del hogar y poder estabilizar la posibilidad de una vida autónoma en los pacientes asignados.

MÉTODO
Se realizará la selección de los pacientes destinatarios a partir del estudio de necesidades de apoyo domiciliario.
El programa incluirá:
- Evaluación completa que contenga las necesidades de estabilización clínica, mantenimiento de la salud, sociales, familiares, económicas, etc.
- Diseño de un P. I. T. que abarque intervención multidisciplinar en todas las necesidades detectadas.
- Mantener vinculación a los dispositivos de rehabilitación.
- Mantener coordinación con el resto de dispositivos sanitarios.
- Mantener coordinación con los recursos sociales.

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

DURACIÓN
El programa se ha diseñado para el periodo del contrato de gestión actual 2019. La continuidad con los pacientes incorporados durante este año en el Programa se garantizará el tiempo necesario.
Evaluación de necesidades de asistencia domiciliaria de los pacientes atendidos en los Programas de

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

1. TÍTULO

PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

rehabilitación de los dispositivos comunitarios de Rehabilitación del Sector III (Centro de Día Romareda y C. Ocupacional Delicias. Mes de abril 2019.
Incorporación de los pacientes al Programa a partir de mayo del 2019
Recogida de datos de los indicadores a utilizar para su evaluación (Finales de abril 2019)
Incorporación de los pacientes al Programa a partir de mayo del 2019
Nueva evaluación de indicadores en el mes de diciembre del 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1333

1. TÍTULO

PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN FERRER DUFOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MARCO ISABEL
GIMENEZ NAVARRO ROSA
VILLAROYA LACILLA MARIA
JUAN GONZALVO NATIVIDAD
GIL PARDOS BELEN
MARIN BERGES MARTA
RUIZ GARROS MARIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas suponen la puesta en marcha del programa, según la orientación que se detalló en a memoria, si bien algunos indicadores no se pueden valorar todavía, ya que la demora en la entrega de los pisos donde debían vivir los usuario hace que estemos todavía muy en el inicio de este, por lo que no podemos cuantificar si eso va a suponer una reducción de incidentes desfavorables o una mejora sustancial en la percepción de la calidad de vida.

Se han cumplido sin embargo todas las actividades de preparación del programa, se ha derivado a los usuarios a este y se han dado los primeros pasos para procurar la mejor adaptación a su nueva situación.

las actividades realizados son:

A. Establecimiento y cumplimiento de criterios para ingresar en el Programa

La inclusión de los usuarios en el Programa Residencial, se ha basado los dos tipos de criterio establecidos en la memoria, unos de carácter general y otros específicos para cada caso y recurso:

1. Como criterios generales para entrar en el programa se han incluido en este a personas que:
• necesiten apoyo residencial, por carencia o inadecuación de su red social, como consecuencia de padecer alguna enfermedad mental de carácter grave (preferentemente psicosis),
• no tengan acceso a otras prestaciones residenciales de carácter general,
• sean usuarios o usuarias de los servicios públicos de salud mental
• acepten, con un grado razonable de voluntariedad, las condiciones del programa
• y, no presenten, de manera permanente, hábitos y/o trastornos de conducta que distorsionen gravemente la convivencia, ni necesidades de atención sanitaria que no puedan prestarse habitualmente en régimen ambulatorio.

2. Como criterios específicos, dependientes del dispositivo o subprograma concreto en que van a recibir atención hay que añadir que dichas personas:
• se adapten al grado de apoyo específico definido en cada caso,
• acepten las condiciones económicas establecidas, que deben formalizarse en un contrato individual,
• y cuenten con un plan concreto de seguimiento y apoyo sanitario.

B. Realización de la elección de los tres usuarios susceptibles de entrar en el Programa en base a los siguientes criterios:
- Evaluación funcional de su problemática en las diversas áreas de la vida cotidiana
- Diseño del PIR con especial relevancia en el área de habilidades para la vida independiente.
- Coordinación con el resto de dispositivos sanitarios y recursos sociales.

C. Evaluación funcional dirigida específicamente a las capacidades necesarias para garantizar una adecuada permanencia en el piso.

D. Planificación de intervenciones y realización de las primeras actuaciones.
- Reuniones individuales con los usuarios
- Reunión con familiares y de coordinación con otras instancias
- Creación de espacios de coordinación del equipo multidisciplinar implicado
- Primeras visitas al domicilio, con distribución de tareas, planificación de visitas, vinculación de los usuarios a centros comunitarios de atención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han recogido los primeros datos de los indicadores del 100% de los integrantes del Programa, disponiéndose de una serie de elementos base que nos permitirán observar la evolución de los usuarios a lo largo del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1333

1. TÍTULO

PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS

Programa durante el año 2020.
Los indicadores establecidos eran los siguientes:
- Nº de usuarios que siguen manteniéndose viviendo en su domicilio desde el inicio del programa.
- Nº de pacientes del Programa ingresados en dispositivos de UME o ULE/ Nº total de pacientes del programa
- Incremento significativo del nivel de calidad percibida en la atención, evaluado con el cuestionario de Actitudes del Usuario (CAU) utilizado en la evaluación de los recursos residenciales de la Comunidad Autónoma andaluza.
- y hemos incorporado un nuevo indicador: Evaluación del nivel de habilidades para la vida diaria, ya que nos permitirá evaluar los cambios personales al vivir autónomamente.

La puesta en marcha del programa puede considerarse cumplida en su totalidad, si bien aun no podemos valorar los indicadores propuestos dado que el retraso en la cesión de los pisos hace que la incorporación de los usuarios al piso sea muy reciente.

Hemos duplicado nuestro objetivo inicial, ya que hemos incorporado al programa a tres usuarios más que venían siendo seguidos desde el CRP y que en estos momentos, al ir a vivir a una nueva vivienda, pasan al depender de este programa de pisos de reciente creación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestra valoración de la puesta en marcha del programa es positiva, identificamos como principal dificultad la falta de una política planificada de sector que permita un mejor aprovechamiento de los recursos, no hay más que mencionar que de los tres pisos en estos momentos a nuestro cargo, cada uno de ellos está ubicado en zonas muy alejadas unos de otros, diferentes sectores y zonas de salud, lo que reduce la optimización del uso de los recursos, obliga a la multiplicación de las reuniones de coordinación y complica en la medida en que lo diversifica el recursos a servicios comunitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1333 ========== ***

Nº de registro: 1333

Título
PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON T.M.G. Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONOMICOS

Autores:
FERRER DUFOL CARMEN, GARCIA MARCO ISABEL, GIMENEZ NAVARRO MARIA ROSA, VILLAROYA LACILLA MARIA, JUAN GONZALVO NATIVIDAD, GIL PARDOS BELEN, MARIN BERGES MARTA, RUIZ GARROS MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO DE DIA ROMAREDA

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

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

PROBLEMA
Existen dificultades en la externalización de pacientes de UME y ULE por no disponer de las alternativas residenciales suficientes y dado su escaso nivel de renta y la inexistencia de un núcleo familiar no tienen fácil acceso a una vivienda digna.
Ante la escasez de plazas en los dispositivos concertados que pueda suplir estas carencias, desde los recursos propios del CRP intentamos dar respuesta a estas necesidades complementando los recursos concertados para esta finalidad.

RESULTADOS ESPERADOS
• Fomentar la autonomía del paciente en todos los ámbitos que se encuentra deficitaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1333

1. TÍTULO

PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS

• Favorecer la integración y permanencia a la vida independiente en la comunidad.

• Completar la recuperación social a través de dar soporte y trasladar las intervenciones rehabilitadoras al entorno más adecuado.

• Dar apoyo y supervisión a las necesidades básicas de la vida cotidiana en el mantenimiento de la vivienda y cuidado de la persona.

• Apoyo en el cuidado de la salud y adherencia al tratamiento.

• Soporte en gestiones sociales.

• Favorecer el restablecimiento de las relaciones sociales y de la vida laboral.

En base a la cesión de dos viviendas por parte de la Dirección General de Vivienda del Gobierno de Aragón podemos atender a tres pacientes que están pendientes de alta de la UME y ULE del CRP Ntra Sra del Pilar. Dicho Programa cuenta con la colaboración de los profesionales de UME y ULE del CRP Ntra Sra del Pilar y podrá ser implementado con
un esfuerzo suplementario de las tareas habituales que ya realiza la plantilla actual de los equipos de los dispositivos comunitarios de rehabilitación.

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

MÉTODO
Gestión de la Dirección del CRP Ntra Sra del Pilar con la Dirección General de Vivienda para facilitación de viviendas que permitan la externalización de pacientes actualmente ingresados.

Acompañamiento en la adaptación de las viviendas para el uso confortable de las mismas.
Selección de los pacientes destinatarios, que se ajusten mejor a este tipo de programa.
Integración del usuario en un programa de apoyo y seguimiento en el domicilio que incluya:
• Evaluación completa que contenga las necesidades de estabilización clínica, mantenimiento de la salud, sociales, familiares, económicas, etc.
• Diseño de un Plan individualizado de tratamiento que abarque intervención multidisciplinar en todas las necesidades detectadas.
• Mantener la vinculación a los dispositivos de rehabilitación.
• Mantener la coordinación con el resto de dispositivos sanitarios.
• Mantener coordinación con los recursos sociales.
Los bloques de intervenciones propuestos son:
1. Habilidades de autocuidado: esta área está directamente relacionada con el estilo personal, hábitos y costumbres.
2. Habilidades para la vida diaria.
3. Elaboración y cuidado activo de la salud.
4. Apoyo psicológico, orientado hacia el manejo de síntomas y el afrontamiento de problemas.

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

DURACIÓN
El programa se ha diseñado para el periodo del contrato de gestión actual 2019. La continuidad con los pacientes incorporados durante este año en el Programa se garantizará el tiempo necesario.
En abril y mayo se habrán realizado previamente las gestiones necesarias para disponer de la vivienda en condiciones hasta ser dados de alta del CRP Ntra Sra del Pilar. En el momento en que dichas condiciones estén garantizadas, se incorporaran al Programa de rehabilitación del Centro de Día Romareda.
Recogida de datos de los indicadores a utilizar para su evaluación.
Puesta en marchas del Subprograma a partir de junio del 2019.
Nueva evaluación de indicadores en el mes de diciembre del 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1333

1. TÍTULO

PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1246

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCION MECANICA EN UME-ALONSO PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCION

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL PEREZ BERGES
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION DE PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASENSIO FERNANDEZ MARIA LUISA
FERNANDEZ ALVAREZ MARIA DEL CARMEN
LAPEÑA MARTINEZ ASUNCION
LATRE LATRE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS:
Desde que se presentó el proyecto el equipo se ha reunido varias veces con el fin de confeccionar el folleto hacer las imágenes contrastar con todos los protocolos del CRP de la Comisión de Calidad, del Procedimiento de contención mecánica/ inmovilización terapéutica del HCU, los cursos realizados y los obtenidos en internet para así adecuarlo más breve al taller propuesto.
Como ya se dijo en el proyecto había una necesidad en la unidad cuando se incorporaba nuevo personal que esté fuera operativo en circunstancias graves de una contención mecánica, este personal o bien no había contenido nunca o, aunque había contenido no lo había hecho con pacientes agitados.
Se da la paradoja que el personal no ha hecho cursos en el Salud debido a su carácter temporal y de interinidad.
Algunos de ellos no conocían los materiales a utilizar, aunque era personal veterano en la sanidad pero había trabajado en otros servicios que no se contiene al paciente, y no sabían cómo se ponían estos materiales
Las actividades realizadas fueron debido a que, por motivo vacacional, sustitución o nuevas incorporaciones,.
Se da no como un curso porque los cursos los hace el Salud sino un taller para familiarizarse con la situación, el material y la manera de colocarlas y realizarlas
Cada primer miércoles de mes en horas de salida de pacientes al exterior se aprovechaba para dar este taller aunque muchas veces no estaba el personal veterano para hacerlo se posponía para otro día.

CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO MARCADO
Ha sido riguroso aun cuando en ocasiones el miércoles proyectado no se pudo dar por alguna causa se puso otro día de la semana y a veces varios días en la misma semana.
Desde junio que empezó a venir el personal de verano, se ha continuado con el personal sustituto de los traslados y del personal de ILT han ido incorporándose al taller y lo ha hecho hasta hoy el 100% del personal.

RECURSOS EMPLEADOS:
La habitación de contención siempre en cada turno tiene que estar preparada para el taller como si fuera para una contención, habitación ventilada, ventana cerrada, temperatura de la habitación adecuada y guantes para el personal que va a hacer la contención.
Los objetos que haya en la habitación se comprobará que estén fijos y los que no se usen se retiran.
El material dispuesto para el taller: cama, cinturones, muñequeras, tobilleras, etc. Pinchos, tetones, imanes.
En el folleto distribuido se explica cómo se pone cada uno de ellos y una vez ojeado y leído por la persona que da el taller se pasa a la práctica en el que un compañero o compañera hace de paciente para que se pueda practicar.

DESCRIBIR LAS ACCIONES REALIZADAS DE CARA A COMUNICAR A PROFESIONALES Y PACIENTES EL PROYECTO Y SUS RESULTADOS
El equipo que formó el proyecto se ha visto ayudado por la Dirección de enfermería que ha llevado a los otros tres pabellones la información que se ha dado en UME Alonso-V.
Dentro del pabellón Alonso- V se informó del taller a los psiquiatras y enfermeros que le han dado el visto bueno y aceptado como una de las tareas pendientes en el pabellón.
El personal que ha entrado recientemente debido a la movilidad entre centros también lo ha hecho.
En Alonso V se ha informado a los profesionales de nueva incorporación lo han asimilado como una enseñanza más de las tareas del pabellón.

INDICAR SI SE HA ELABORADO ALGÚN TIPO DE MATERIAL PARA DESARROLLAR EL PROYECTO
El folleto: A cada profesional que ha hecho el taller se le ha dado un folleto en el cual aparte de explicar sobre todo el porqué,el cómo y para qué se contiene se ha hecho hincapié en la seguridad y tranquilidad del paciente dando una serie de explicaciones de cómo tiene que estar la habitación a la hora de la contención, el trato con el paciente y la coordinación con los compañeros a la hora de realizarla.
Varias fotografías explicando cómo se debe poner el material al paciente y para qué zona del cuerpo están indicadas.
Se hace hincapié que se fijen en la manera de realizar la contención mirando las fotografías y con este material se lleva a la práctica siempre con un compañero del equipo dispuesto a dejarse contener.
La contención y el tipos de contención depende lo que disponga el facultativo y cómo se encuentra el paciente: COMPLETA O PARCIAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1246

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCION MECANICA EN UME-ALONSO PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCION

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SEÑALAR EL RESULTADO ALCANZADO Y SU RELACIÓN CON EL ESTÁNDAR MARCADO:
El taller lo ha hecho el 100% del personal al que iba dirigido en UME Alonso-V:
- Personal de verano
- Personal de sustitución
- Personal en prácticas de TCAE
- Personal en prácticas de Enfermería
- Personal EIR salud mental
- Residente de Psiquiatría que no había contenido nunca.

Dirección de enfermería nos comunicó que en los Pabellones Infanta, 5º Pabellón, 6º Pabellón
También se dieron al personal sustituto y de verano con esta misma metodología.

INDICAR EL IMPACTO DEL PROYECTO.
La acogida del personal al que va dirigido este taller ha sido muy buena pues en todo momento ha habido una cooperación importante, alguna de estas personas ha querido repetir no una sino varias veces hasta que ha estado segura de que lo hacía con soltura.
Respecto a los estudiantes de prácticas se comunico a los tutores en el centro y estuvieron de acuerdo por ser conveniente para su formación.

INDICADORES UTILIZADOS:
1-INCLUYENDO SU FUENTE
. Se parte del protocolo de la Comisión de Calidad Z2-245-15 del CRP Ntra. Sra. Del Pilar.
. Procedimiento de Contención Mecánica/Inmovilización terapéutica del HCU.
. Curso de contención mecánica impartido por Dirección del centro CRP
. Los cursos que el equipo ha ido haciendo impartidos por el Salud.
2-MÉTODO DE OBTENCIÓN
A- personal veterano que hay en el turno el día señalado para ayudar en el taller
B- personal al que va dirigido el taller dispuesto a hacerlo.
C- cantidad de días y horas que se imparte el taller.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES
Indicar una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes.
Para los componentes del equipo de mejora las actividades realizadas han sido bastante productivas nadie se ha negado a hacer la actividad y todos se han ido con buenas impresiones como se ha dicho anteriormente algunos han repetido varias veces y así se han asegurado de cómo hacer una buena intervención.
Quedan pendientes algunos compañeros que debido a no poder utilizar esta habitación por estar ocupada se les ha pospuesto para la próxima vez que vengan ejemplo el personal pull que ha estado estas navidades

Aportar información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación
Sería conveniente que se repitiera todos los años y así todo el personal que venga al pabellón se sienta capaz de ayudar en caso de contención, los compañeros se sentirán más tranquilos y seguros sabiendo que entre todos se dará una respuesta efectiva dando así confianza al paciente de saber que este personal está en condiciones de atender con seguridad al paciente que por alguna necesidad pudiera ser contenido, siempre el paciente contenido ha dado las gracias al terminar esa situación

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1246 ========== ***

Nº de registro: 1246

Título
PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCION MECANICA EN UME ALONSO-V PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCION

Autores:
PEREZ BERGES MIGUEL ANGEL, ASENSIO FERNANDEZ MARIA LUISA, FERNANDEZ ALVAREZ CARMEN, LATRE LATRE TERESA, LAPEÑA MARTINEZ ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1246

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCION MECANICA EN UME-ALONSO PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCION

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
-Debido a la necesidad de realizar contenciones mecánicas en la unidad como parte de nuestro trabajo en UME y observando deficiencias entre el nuevo personal contratado (nuevas incorporaciones, sustituciones ILT, vacaciones, etc.) y debido a la especificidad tanto del paciente de salud mental como de la técnica a realizar en situaciones complejas.
Consideramos esta iniciativa oportuna, útil y necesaria para favorecer la seguridad tanto del paciente como del profesional y equipo

RESULTADOS ESPERADOS
-Aumentar la confianza de los profesionales tanto del personal antigua como de nueva incorporación a la hora de realizar la contención.
-Mejorar la seguridad del paciente
-Mejorar la seguridad del personal que la realiza y de la unidad

MÉTODO
-Se editará un folleto con indicaciones básicas en el que se informe de los pasos a seguir en la contención. cómo ha de estar la habitación (temperatura etc), material a utilizar y como se ha de utilizar el material.
-Situación del paciente en la contención
-Prácticas con el personal incorporado por lo general el primer miércoles de cada mes o cuando la oportunidad lo requiera

INDICADORES
-Numero de practicas en el programa.
-Numero de personal en la actividad

DURACIÓN
-Periodos vacacionales (junio a octubre)
-Siempre cuando haya personal de sustitución o apoyo

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 - 2019/0943

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 15/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAGUNA MARTINEZ CRISTINA
GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA
JORCANO PEREA ANGELES
VIDALLER ESCUDERO OLGA
LAPEÑA MARTINEZ ASUNCION
LATRE LATRE MARIA TERESA
GRACIA TABUENCA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
10 SESIONES SEMANALES DE 1 HORA DE DURACIÓN LOS MARTES A LAS 11,30 DEL 15 DE OCTUBRE AL 17 DE DICIEMBRE.
SE HA EMPLEADO MATERIAL AUDIOVISUAL CON EL PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PROENFA MODIFICADO.ORDENADOR Y PROYECTOR.
REALIZADO EN LA SALA DE GRUPOS DE LA UME ALONSO V.
SE HA COMUNICADO EN REUNIONES DE EQUIPO Y DE FAMILIARES EL RESULTADO DEL PROGRAMA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NÚMERO DE SESIONES REALIZADAS RESPECTO A LA PLANIFICADAS 10/10----100%

NÚMERO DE FAMILIAS/SESIÓN QUE HAN ASISTIDO RESPECTO A LAS QUE MANIFESTARON LA INTENCIÓN DE VENIR 64/90-----71,1%

NÚMERO DE FAMILIAS A LAS QUE SE OFERTÓ POR CARTA O TELEFÓNICAMENTE 14.
NÚMERO DE FAMILIAS QUE SE COMPROMETIERON A PARTICIPAR 9

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA ASISTENCIA DE LAS FAMILIAS HA SIDO ALTA 71%

HAN MANIFESTADO VERBALMENTE QUE LES HABÍA AYUDADO A ENTENDER MEJOR LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE Y A AFRONTAR DE FORMA MÁS ADECUADA ALGUNAS SITUACIONES

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0943

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

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

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

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

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0571

1. TÍTULO

INMUNOTERAPIA PRECOZ CON HUEVO PASTEURIZADO EN LACTANTES DIAGNOSTICADOS DE ALERGIA A PROTEINAS DE HUEVO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA SOBREVIA ELFAU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ GARCIA GONZALO
FERRER CLAVERIA LUCIA
COLAS SANZ CARLOS
CARRION SARI SILVIA KARINA
GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR
SEGURA ARAZURI NIEVES
LEZAUN ALFONSO APOLINAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ofrece en la consulta de alergología infantil, la posibilidad de iniciar tratamiento con inmunoterapia con clara de huevo pasteurizada, a todos los padres/tutores legales de lactantes menores de dos años, una vez realizado el diagnóstico de alergia a proteínas de huevo.
Durante el año 2019 se ofrece la posibilidad de iniciar el tratamiento a 15 pacientes, que cumplen el requisito de confirmarse alergia a proteínas de huevo y no tolerarlo en ninguna de sus presentaciones (no se ofrece a casos más leves que toleran huevo cocinado).
Inician el tratamiento los 15, acudiendo a consulta de forma semanal para incrementar dosis de huevo pasteurizado forma progresiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 15 pacientes, una familia la retiramos del tratamiento por no cumplir con las recomendaciones dadas por los especialistas y no acudir a las citas. Ante la posibilidad de tener reacciones en domicilio se decide no continuar.
De los 14 pacientes restantes, se ha finalizado la fase de inducción o incrementos en 10. Durante la fase de inducción, en los 10 pacientes se han administrado un total de 170 dosis de huevo en consulta, de las cuales han tenido reacción cuatro pacientes. En total se han objetivado cinco reacciones leves consistentes en urticaria facial. Otras reacciones que han contado los padres son un episodio de urticaria aguda, deposiciones blandas transitorias y varios episodios de vómitos. Todas ellas reacciones leves que no han impedido continuar con el tratamiento.
Los 10 pacientes que han finalizado la fase de inducción del tratamiento, toleran en la actualidad huevo en todas sus presentaciones, incluso crudo, por lo que se ha conseguido normalizar totalmente la dieta y ninguno de ellos ha presentado ninguna reacción posteriormente.
En 5 de los 10 pacientes el estudio alergológico es negativo tras el tratamiento, en la otra mitad de los pacientes todavía las pruebas son positivas, pero toleran el alimento, siguen las recomendaciones indicadas en consulta y no han reportado ninguna reacción.
Los otros 4 pacientes están todavía acudiendo a consulta, se encuentran en fase de inducción y está previsto finalizar el tratamiento durante el año 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por el momento no hemos observado reacciones de gravedad que hayan tenido que obligarnos a suspender el tratamiento.
Hemos conseguido normalizar la dieta en todos los niños que han finalizado el tratamiento.
Tenemos pendiente todavía realizar una encuesta de satisfacción a los padres.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/571 ========== ***

Nº de registro: 0571

Título
INMUNOTERAPIA PRECOZ CON HUEVO PASTEURIZADO EN LACTANTES DIAGNOSTICADOS DE ALERGIA A PROTEINAS DE HUEVO

Autores:
SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA, GONZALEZ GARCIA GONZALO, FERRER CLAVERIA LUCIA, COLAS SANZ CARLOS, CARRION SARI SILVIA KARINA, GARCES SOTILLOS MAR, SEGURA ARAZURI NIEVES, LEZAUN ALFONSO APOLINAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0571

1. TÍTULO

INMUNOTERAPIA PRECOZ CON HUEVO PASTEURIZADO EN LACTANTES DIAGNOSTICADOS DE ALERGIA A PROTEINAS DE HUEVO

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

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

PROBLEMA
La alergia a proteínas de huevo es un creciente problema de salud pública en los pacientes pediátricos, que afecta no solo al individuo alérgico, sino a sus familias, cuidadores, industria alimentaria, así como a los costes directos de salud, en comparación con los individuos no alérgicos.
La evitación estricta en niños es difícil, debido a que el huevo puede estar presente en muchos platos y productos manufacturados, por lo que no son infrecuentes las ingestas accidentales, que pueden llegar a poner en riesgo la vida del niño. Se conoce que aproximadamente el 21% de todas las reacciones alérgicas accidentales tienen como desencadenante el huevo, siendo el segundo en frecuencia, tras la leche (42%). Las exposiciones se deben principalmente a la ingestión no intencional, errores de lectura de la etiqueta y contactos cruzados. Además, existen pruebas sólidas de que la alergia alimentaria tiene un impacto en la calidad de vida en los pacientes y sus familias.
El objetivo de utilizar la inmunoterapia oral es permitir el consumo seguro de alimentos que contengan estos alérgenos en pacientes alérgicos.
El término inmunoterapia implica la administración gradual de cantidades crecientes de alérgenos con el propósito de inducir cambios inmunológicos protectores, siendo un tratamiento que altera la respuesta inmunitaria anormal subyacente, que, a diferencia de la farmacoterapia, puede proporcionar beneficios clínicos a largo plazo.
Algunos estudios abiertos han mostrado además un impacto positivo en la calidad de vida de los niños después de una inmunoterapia exitosa, utilizando cuestionarios validados. Además, en este grupo etario, buscamos inducir una desensibilización de forma precoz, reduciendo de una forma temprana el riesgo de reacciones por ingestas accidentales, con toda la problemática
psicosocial que esto conlleva, mejorando así la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la seguridad de los pacientes al iniciar el tratamiento en lactantes menores de 2 años alérgicos al huevo, de forma precoz tras el diagnóstico. Adquisición de un estado de desensibilización o tolerancia tras la introducción de la inmunoterapia oral con clara pasteurizada en niños menores de 2 años alérgicos al huevo, mediante la valoración de la ausencia de reacción tras la ingesta de este alimento al finalizar la pauta.

MÉTODO
Se ofrece en la consulta de alergología infantil, la posibilidad de iniciar tratamiento con inmunoterapia con clara de huevo pasteurizada, a todos los padres/tutores legales de lactantes menores de dos años, una vez realizado el
diagnóstico de alergia a proteínas de huevo.

INDICADORES
Se establecerán 3 indicadores para monitorizar el desarrollo del proyecto:
* Número de reacciones alérgicas por ingesta de huevo en pacientes menores de dos años con diagnóstico de alergia a proteínas de huevo durante y tras el tratamiento con inmunoterapia. Comparar con pacientes a los que no se les ha
realizado el tratamiento.
* Valoración de la tolerancia del alimento tras finalizar el tratamiento, lo que conlleva normalizar la dieta del paciente y su familia/entorno social.
* Se repetirá el estudio alergológico tras finalizar el tratamiento para comprobar si el paciente ha conseguido la curación o se ha conseguido la tolerancia y persiste sensibilización.
*Encuesta de satisfacción a los padres tras finalizar el tratamiento.

DURACIÓN
Se seleccionarán todos los pacientes que finalicen el tratamiento en el año 2019.
El tratamiento tiene dos fases, una de inicio donde el paciente recibe una dosis de clara pasteurizada en consulta, si presenta una adecuada tolerancia continua en domicilio tomando esa cantidad una vez al día y de forma semanal acude a consulta para realizar un incremento del 30%. Esta fase suele durar 20 semanas. Una vez que ha finalizado la fase de incrementos llegamos a la fase de mantenimiento donde tiene que tomar al menos un huevo tres veces por semana si continúa siendo alérgico o puede hacer dieta sin restricciones en los casos que el tratamiento el curativo.
Los responsables principales de la implantación son: María Teresa Sobrevía y Gonzalo González.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0571

1. TÍTULO

INMUNOTERAPIA PRECOZ CON HUEVO PASTEURIZADO EN LACTANTES DIAGNOSTICADOS DE ALERGIA A PROTEINAS DE HUEVO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0602

1. TÍTULO

NOTIFICAR PARA MEJORAR: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE APOYO A LA NOTIFICACION DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE ALERGIA DEL HOSPITAL CLINICO

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS CUBERO SALDAÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOZANO ANDALUZ SOFIA VICTORIA
CARBAJO MARTINEZ ESTHER
MARTINEZ MARTINEZ ELVIRA
CARRION SARI SILVIA KARINA
LEZAUN ALFONSO APOLINAR
SEGURA ARAZURI NIEVES
GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han diseñado e implementado distintas acciones relacionadas con la información proporcionada:
-Se diseñó un formulario en formato papel para la notificación de incidentes.
-Se colocó un buzón accesible junto con múltiples copias del formulario en blanco.
-Se difundió el proyecto entre los miembros del servicio.
-Se realizó una recogida semanal de las notificaciones del buzón.
-Análisis de las notificaciones y propuestas de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se recibió una notificación de un evento relacionado con la seguridad del paciente consistente en un error de identificación en una hoja de tratamiento de un paciente. Tras el posterior análisis no se encontraron opciones de mejora que pudieran evitar este tipo de errores salvo la informatización completa de todas las actividades llevas a cabo.
No se han producido notificaciones desde nuestro Servicio en este período al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) de nuestro hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La gestión de los riesgos y la seguridad del paciente son los dos pilares fundamentales para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria y los sistemas de registro y notificación de eventos adversos son fundamentales en este aspecto. Por desgracia cuentan con barreras importantes como son las reticencias de los profesionales a la notificación de estos eventos y que los sistemas de los que disponemos en la actualidad son poco cercanos al profesional y en ocasiones poco amigables para el usuario.
Se debe realizar una labor para aumentar la conciencia de la importancia de la notificación y la cultura de la seguridad en los profesionales, asimismo como tratar de acercar estos sistemas de notificación al usuario. Nuestro proyecto trataba de acercar estos sistemas de notificación a nuestro servicio mediante la utilización de un buzón físico y formularios en papel que serían analizados posteriormente por personal del propio servicio, pero al haberse recibido solamente una notificación estimamos que no ha obtenido una acogida adecuada.
Debido a la importancia de los sistemas de registro y notificación de eventos adversos debemos encontrar una fórmula para que los profesionales se impliquen en la notificación y facilitar que ésta se realice.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/602 ========== ***

Nº de registro: 0602

Título
NOTIFICAR PARA MEJORAR: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE APOYO A LA NOTIFICACION DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE ALERGIA DEL HOSPITAL CLINICO

Autores:
CUBERO SALDAÑA JOSE LUIS, LOZANO ANDALUZ SOFIA VICTORIA, CARBAJO MARTINEZ ESTHER, MARTINEZ MARTINEZ ELVIRA, CARRION SARI SILVIA KARINA, LEZAUN ALFONSO APOLINAR, SEGURA ARAZURI NIEVES, GARCES SOTILLOS MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0602

1. TÍTULO

NOTIFICAR PARA MEJORAR: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE APOYO A LA NOTIFICACION DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE ALERGIA DEL HOSPITAL CLINICO

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: alergología
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La gestión de los riesgos y la seguridad del paciente son los dos pilares fundamentales para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria.
Los sistemas de registro y notificación de eventos adversos permiten mejorar la seguridad de los pacientes alertando de nuevos riegos potenciales, compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y fomentando una cultura de seguridad en la organización.
Sin embargo, los sistemas de los que disponemos en la actualidad son poco cercanos al profesional y en ocasiones poco amigables para el usuario. Con frecuencia encuentran barreras prácticas en la notificación de incidentes fundamentalmente relacionadas con la dificultad de acceso y el desconocimiento de estos sistemas, que suelen estar basados en páginas web asociadas a la intranet del centro hospitalario. Esta es uno de las principales razones que se baraja para explicar el reducido número de notificaciones que se producen al SiNASP, que es el sistema que dispone nuestro hospital.
Por estos motivos se ha decidido diseñar un plan complementario que consiga acercar estos sistemas de notificación al usuario mediante la utilización de un buzón físico y formularios en papel que serán analizados posteriormente por el equipo de mejora. Dicha iniciativa ha tenido buenos resultados en algunos servicios hospitalarios y está extendiéndose a otros en la actualidad.

RESULTADOS ESPERADOS
-Recopilar información sobre los incidentes relacionados con la seguridad del paciente que se producen en el Servicio de Alergología.
-Registrar y analizar los incidentes notificados que pudieran dar lugar a un evento adverso.
-Transmitir la información al sistema general hospitalario SiNASP.
-Sensibilizar a los profesionales sanitarios y tratar de fomentar una cultura de la seguridad.
-Diseñar e implementar prácticas seguras a partir del resultado del análisis de los datos para evitar que se produzcan incidentes similares.

MÉTODO
Se colocará un buzón accesible por todo el personal del Servicio de Alergología junto con los formularios de notificación impresos para que puedan ser cumplimentados de forma más sencilla por la persona que decida notificar.
Se trasladará la información sobre este proyecto a todos los profesionales sanitarios del Servicio de Alergología y el buzón se dejará siempre en el lugar asignado.
La notificación será anónima salvo que el notificante decida aportar su nombre para poder dar más información sobre el incidente si lo estimara oportuno.
Las respuestas recibidas en el buzón serán analizadas semanalmente por el equipo de mejora en grupos de 2-3 integrantes y una vez al mes por la totalidad del equipo de mejora. En el caso de que la gravedad del incidente lo requiera se adelantará dicha reunión y se notificará al responsable del SiNASP y a la Dirección del Hospital.

INDICADORES
-Número de notificaciones recibidas.
-Ratio de número de notificaciones * 100 / número de pacientes atendidos.
-Número de eventos notificados al SiNASP.
-%incidentes que conllevan un evento adverso.
-%notificaciones que conllevan una acción de mejora.
-Número de reuniones del grupo de análisis.

Se realizará evaluación del proyecto con carácter anual.

DURACIÓN
Inicio: 1 de febrero de 2019
Fin: 30 noviembre de 2019

Febrero-Marzo: diseño del formulario, colocación del buzón y difusión e implicación en el proyecto de los miembros del servicio.
Abril-Septiembre: recogida y análisis semanal de las notificaciones y reuniones mensuales del grupo de mejora.
Octubre-Noviembre: valoración de la totalidad del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0602

1. TÍTULO

NOTIFICAR PARA MEJORAR: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE APOYO A LA NOTIFICACION DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE ALERGIA DEL HOSPITAL CLINICO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0604

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE DESENSIBILIZACION A QUIMIOTERAPICOS Y FARMACOS BIOLOGICOS

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SOFIA VICTORIA LOZANO ANDALUZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARBAJO MARTINEZ ESTHER
ARIZA SANCHEZ BERTHA
MARTINEZ MARTINEZ ELVIRA
HERNANDEZ ALAYA ROSA MARIA
BRIÑEZ GIRALDO TATIANA
CUBERO SALDAÑA JOSE LUIS
COLAS SANZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han diseñado e implementado distintas acciones relacionadas con la información proporcionada:
-Se diseñó un checklist específico para la realización de procedimientos de desensibilización a quimioterápicos y fármacos biológicos.
-Se realizó difusión y entrenamiento por el personal de enfermería y facultativo especialista encargado de la realización de dichos procedimientos.
-Se aplicó dicho checklist en todos los procedimientos de desensibilización a quimioterápicos y fármacos biológicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
a. Grado de implantación: Se ha cumplimentado en 113 prodecimientos de 113 realizados (100%).
b. Grado de mejora de la calidad: no se ha objetivado ningún evento relacionado con la seguridad una vez puesto en práctica el modelo de checklist diseñado.
c. Grado de adecuación: se han realizado pequeños ajustes puntuales sobre el modelo de checklist diseñado para mejorar la compresión y cumplimentación.
d. Grado de satisfacción de los profesionales: el personal involucrado habitualmente en la realización de desensibilizaciones ha mostrado un alto grado de satisfacción con el proyecto y se ha objetivado que facilita la formación y puesta en práctica por el personal con menos experiencia que en ocasiones tiene que realizar estos procedimientos de forma puntual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los listados de verificación (checklist) son unas herramientas útiles, de rápido y fácil manejo, que han demostrado su efectividad en múltiples ámbitos de la medicina.
En nuestro proyecto hemos comprobado que en la desensibilización a quimioterápicos y fármacos biológicos también resulta de utilidad al ser una técnica de riesgo protocolizada individualizada para cada paciente que consta de múltiples pasos y que debe llevarse a cabo de forma correcta y estructurada por personal con el correcto entrenamiento y experiencia y cuyos errores en el procedimiento que pudieran ocurrir pueden tener consecuencias graves para los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/604 ========== ***

Nº de registro: 0604

Título
IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE DESENSIBILIZACION A QUIMIOTERAPICOS Y FARMACOS BIOLOGICOS

Autores:
LOZANO ANDALUZ SOFIA VICTORIA, CARBAJO MARTINEZ ESTHER, ARIZA SANCHEZ BERTHA, MARTINEZ MARTINEZ ELVIRA, HERNANDEZ ALAYA ROSA MARIA, BRIÑEZ GIRALDO TATIANA, CUBERO SALDAÑA JOSE LUIS, COLAS SANZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ALERGIA A MEDICAMENTOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0604

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE DESENSIBILIZACION A QUIMIOTERAPICOS Y FARMACOS BIOLOGICOS

Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los fármacos antineoplásicos y biológicos constituyen actualmente un pilar fundamental en el tratamiento de las neoplasias. Uno de los problemas clínicos con que nos encontramos en la práctica diaria y que limita frecuentemente la administración de estos tratamientos son las reacciones infusionales y, dentro de ellas, las reacciones de hipersensibilidad, que en no pocas ocasiones obligan a suspender el tratamiento. La suspensión del tratamiento idóneo para el paciente supondría una menor probabilidad de respuesta que será, además, de peor calidad, con un detrimento en su supervivencia y su calidad de vida. Con el objetivo de poder administrar el tratamiento idóneo para el paciente y de contrastada superioridad sobre otros cuando existen estos contratiempos, se han desarrollado protocolos de desensibilización. Los datos publicados nos permiten afirmar que la desensibilización es posible realizarla en la mayoría de los casos con éxito sin poner en riesgo la vida del paciente.
La desensibilización consiste en la administración del fármaco al que el paciente es alérgico en dosis graduales hasta alcanzar la dosis necesaria, mediante la inducción de un estado de tolerancia temporal a dicho medicamento. Es una técnica de riesgo protocolizada individualizada para cada paciente que consta de múltiples pasos y que debe llevarse a cabo de forma correcta y estructurada por personal con el correcto entrenamiento y experiencia. Los errores en el procedimiento que pudieran ocurrir pueden tener consecuencias graves para los pacientes.
Los listados de verificación (checklist) pueden ser unas herramientas útiles, de rápido y fácil manejo, que han demostrado su efectividad en otros ámbitos de la medicina para evitar posibles errores u olvidos a la hora de realizar un procedimiento, facilitar el trabajo de enfermería y fomentar la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
-Elaborar un checklist encaminado a la mejora de la seguridad en la realización de desensibilizaciones a fármacos antineoplásicos y biológicos.
-Detectar y aplicar posibles opciones de mejora de la seguridad del paciente en dichos procedimientos.

MÉTODO
-Elaboración de un checklist específico para la realización de procedimientos de desensibilización a quimioterápicos y fármacos biológicos.
-Difusión y entrenamiento por el personal de enfermería y facultativo especialista encargado de la realización de dichos procedimientos.
-Aplicación de dicho checklist en todos los procedimientos de desensibilización a quimioterápicos y fármacos biológicos.

INDICADORES
a. Grado de implantación: se evaluará el porcentaje de cumplimentación del checklist en los procedimientos de desensibilización (estándar 100%).
b. Grado de mejora de la calidad: evaluación de la incidencia de eventos relacionados con la seguridad, una vez puesto en práctica el modelo de checklist diseñado.
c. Grado de adecuación: se realizarán controles periódicos, con la finalidad de recabar información puntual que permita realizar ajustes puntuales sobre el modelo de checklist diseñado.
d. Grado de satisfacción de los profesionales: se realizará una encuesta, al personal involucrado en la realización de desensibilizaciones, sobre la satisfacción con el proyecto de mejora.
Se realizará evaluación del proyecto con carácter anual.

DURACIÓN
Inicio: 1 de febrero de 2019
Fin: 30 noviembre de 2019

Febrero-Marzo: diseño del check-list.
Abril-Septiembre: aplicación del mismo en desensibilizaciones a quimioterápicos y fármacos biológicos realizadas.
Octubre-Noviembre: valoración de la totalidad 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 - 2019/0567

1. TÍTULO

ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLOS PARA BIOPSIAS PEQUEÑAS Y CITOLOGÍAS DE MAMA Y PULMÓN EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ZULEMA ESTHER BLANZACO ACIN
· Profesión ..... TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FLORIA TRUC LIDIA
LAFUENTE MAINAR ANA BELEN
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS
BARRA BORAO VERONICA
ANOZ CARBONELL ELISABET
CARDIEL GARCIA MARIA JOSE
GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Fase Preanalítica:
Se remite carta a los servicios remitentes de este tipo de muestras para conseguir un mejor control de los tiempos de fijación en formol, especialmente para evitar sobrefijaciones en puentes festivos.
Se establecen tiempos de fijación nunca inferiores a 8 horas ni superiores a 72 horas, siendo 24 horas lo deseable en estas muestras, dado su tamaño, y lo que de forma habitual se hace en nuestro laboratorio.
Se convoca una reunión con los responsables de EBUS del Servicio de Neumología para optimizar la preparación de las muestras que remiten a nuestro servicio.

2. Fase Analítica:
Las biopsias pequeñas de mama y pulmón se incluyen en cassettes de un color específico que permite su fácil identificación y segregación del resto de muestras una vez procesadas.
Asimismo, durante ese mismo momento de inclusión en cassettes se solicita cortes sin teñir, además del propio corte de hematoxilina eosina, para acelerar el proceso diagnóstico posterior, cuando el patólogo requiera nuevos cortes para estudios complementarios, un hecho habitual en estas biopsias.
Una vez se obtienen los bloques de parafina, se establece un circuito específico para estas muestras, consistente en realizar la fase de corte y tinción directamente en la sección de inmunohistoquímica, con el objetivo de hacer un uso racional y economicista de la muestra, preservando siempre material para estudios moleculares posteriores.
Las citologías se procesan el mismo día de su recepción y se entregan de forma inmediata al patólogo para que determine si se requiere la realización de bloque celular. El cual va a llevar el mismo tipo de procesamiento que las biopsias.
Se establece un orden específico de prioridad a la hora de realizar tests de biomarcadores en las muestras de pulmón, en base a lo determinado en las guías de las sociedades científicas.
La evaluación “in situ” de los EBUS para comprobar si el material es adecuado, queda registrada en un informe tipo “intraoperatorio”, que sube automáticamente a la historia electrónica del paciente. Además, se continúa transmitiendo la información al neumólogo verbalmente por vía telefónica.

3. Fase Postanalítica:
Se establece un registro de entrada y salida de los bloques de parafina y portaobjetos que se remiten a otros centros para estudios adicionales, gestionado por el personal administrativo del servicio bajo la supervisión del patólogo responsable del caso, y en su defecto, de otro patólogo de su misma sección. Se incluyen los datos relativos a la identificación del propio bloque, así como motivo de la salida y persona/servicio que lo solicita.
A nivel del archivo, se verifica cualquier entrada y/o salida de bloques de parafina y portaobjetos por parte de personal autorizado del servicio para dicha labor, quedando reflejado en nuestro sistema informático. Con ello, se puede saber en todo momento el estado y ubicación de las muestras custodiadas.

4. Evaluación del grado de implantación de las actividades realizadas y/o de su repercusión final en el proceso diagnóstico:
Revisión de todos los EBUS realizados desde 01/04/19 al 31/12/19 para comprobar si se ha realizado el informe “in situ”. Se contabilizan un total de 78 EBUS.
Evaluación de las incidencias relacionadas con el objeto del presente proyecto. Se contabilizan el nº total de muestras durante el segundo, tercer y cuarto trimestre de 2019, siendo el resultado: 250 biopsias pequeñas de pulmón, 230 biopsias pequeñas de mama y 728 citologías de pulmón. Se han producido un total de 9 incidencias, mayoritariamente relacionadas con errores a nivel de la zona de inclusión en cassettes, al ser procesadas como biopsias convencionales, con el consiguiente aumento del riesgo de pérdida de material en la fase de corte y el aumento de los tiempos de espera en la emisión del informe.
Obtención de datos relativos a tiempos de respuesta en la emisión de informes de las muestras objeto de estudio. Se compara el segundo y tercer trimestres de 2019. En el segundo trimestre la demora media de las biopsias pequeñas de pulmón ha sido 8 días y las de mama, 8,9 días; mientras que en el tercer trimestre, ha sido de 6 días para ambos tipos de muestras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Mejor control de los tiempos de fijación en formol.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0567

1. TÍTULO

ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLOS PARA BIOPSIAS PEQUEÑAS Y CITOLOGÍAS DE MAMA Y PULMÓN EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

2. Mayor rendimiento de las biopsias de mama y pulmón, evitando pérdidas de material en la fase de corte.
3. Mayor rendimiento de las muestras citológicas, mediante la realización de bloques celulares.
4. Reducción de los tiempos de respuesta en la emisión de los informes al acelerar la fase de procesamiento en el laboratorio.
5. Informes escritos del proceso de evaluación “in situ” de los EBUS.
6. Registro de todas las salidas de bloques de parafina y portaobjetos, así como de su posterior entrada a la devolución de los mismos.:
7. Mejor comunicación y coordinación entre patólogos y TEAPYC y entre las distintas secciones del laboratorio, involucradas en el manejo de estas muestras.

% de muestras de EBUS en los que se ha realizado informe “in situ”.
100%
% de biopsias pequeñas y citologías de mama y pulmón con incidencias relativas al procesamiento sobre el total de dichas muestras
<1%
Diferencia temporal absoluta (días) de los tiempos de respuesta en la emisión del informe entre el 3º y 2º trimestre de 2019
-2 días

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación de protocolos específicos para el manejo de muestras de pequeño tamaño relacionadas con procesos neoplásicos y que requieren la determinación de múltiples biomarcadores predictivos de respuesta a terapia, ha supuesto una clara mejora en el rendimiento de las muestras, la calidad de los diagnósticos y los tiempos de respuesta en la emisión del informe diagnóstico.
La idea es continuar con este sistema de trabajo, analizando periódicamente las incidencias que vayan surgiendo, tomando medidas para su resolución y considerando nuevas posibilidades de mejora que puedan ir surgiendo en base a la experiencia acumulada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/567 ========== ***

Nº de registro: 0567

Título
ESTANDARIZACION DE PROTOCOLOS PARA BIOPSIAS PEQUEÑAS Y CITOLOGIAS DE MAMA Y PULMON EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Autores:
BLANZACO ACIN ZULEMA ESTHER, FLORIA TRUC LIDIA, LAFUENTE MAINAR ANA BELEN, CHICO RODRIGUEZ MILAGROS, BARRA BORAO VERONICA, ANOZ CARBONELL ELISABET, CARDIEL GARCIA MARIA JOSE, GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El pequeño tamaño de las muestras enviadas al Servicio de Anatomía Patológica, para el diagnóstico del cáncer de mama y pulmón, unido a los requerimientos, cada ve z mayores de estudios adicionales para la indicación de terapias dirigidas, supone un gran reto en el manejo de estas muestras en el día a día. Por eso se decide protocolizar el procesamiento de este tipo de muestras.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo a conseguir es protocolizar la recepción y el procesamiento de estas muestras pequeñas, para conseguir un máximo de rendimiento, reduciendo el tiempo de espera desde la recepción de la muestra hasta la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0567

1. TÍTULO

ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLOS PARA BIOPSIAS PEQUEÑAS Y CITOLOGÍAS DE MAMA Y PULMÓN EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

entrega a los Patólogos, así como el de emisión del informe diagnóstico.

MÉTODO
Una vez informados los miembros del equipo se crea un protocolo, en la que se incluyen las tres fases;
En la Fase Prenalitica: la fijación de las muestras será entre las primeras 8 a 24 horas no superando las 72 horas. Se ha acordado con otros Servicios que se envíen las muestras al laboratorio a primera hora de la mañana para que se pueda procesar esa misma mañana las muestras.
En la Fase Analitica y una vez fichada la muestra se hará la macroscópia, incluyendo la muestra de BAG, todos los cilindros en un mismo bloque de color rosa, el color del bloque da prioridad a la hora de procesar la muestra y para muestras del aparato respiratorio el bloque será de color azul. En la microtomía también se han creado un protocolo para realizar varios cortes seriados para Hematoxilinas y posibles técnicas de IHQ y Patología molecular.
Para líquidos pleurales se realiza un proceso rutinario de tinción y si lo considera oportuno el patólogo se realiza bloque celular.
En los EBUS se realiza la tinción manual y el patólogo da el diagnostico al Servicio peticionario haciendo un informe provisional. Con los bloques celulares de los EBUS se realiza el mismo protocolo que con las biopsias pequeñas de pulmón.
En la Fase Postanalitica y una vez diagnosticada la muestra si hubiera que enviar el bloque de la muestra a otros Centros, se dispone de un registro y control en el archivo donde queda registrada la salida y entrada de dichas muestras y su lugar de envió.
También tenemos registro de incidencias donde queda constancia de donde esta la muestra en todo momento

INDICADORES
Con estos protocolos en la Fase analítica se consigue que la muestra no se agote y se obtenga más rendimiento y menos demora a la hora de pedir posteriores técnicas de IHQ o moleculares.
Y en la Fase Postanalitica un mayor y mejor control del destino de las muestras y de las incidencias

DURACIÓN
Los TEAPYC de las distintas secciones, se coordinaran de tal manera que la muestra se procesara en la misma mañana en la que se recibe la muestra en el laboratorio y se seguirán los protocolos mencionados anteriormente en la macroscopia, microtomia, citología e inmunohistologia. Estos protocolos se van a implantar en el laboratorio tras una reunion con los responsables de este proyecto de mejora y la duración será de 4 meses. Haciendo una valoración de estos protocolos pasados los 2 primeros 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 - 2019/0751

1. TÍTULO

ESTANDARIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN EL ESTUDIO CITOLÓGICO DE LA PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELAINE MEJIA URBAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARDIEL GARCIA MARIA JOSE
RAMIREZ GASCA TERESA
BLANZACO ACIN ZULEMA ESTHER
BARRA BORAO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Reunión con el equipo médico de la sección para la puesta en común y discusión de los aspectos a incluir en el informe en base a las últimas guías y actualizaciones.
2- Reunión con el personal técnico para exponer el proyecto y señalar aspectos del procesamiento técnico. Se habilitó la pestaña ¨intraoperatorias¨ en los casos de estudio EBUS en colaboración con el personal de Patwin.
3- Puesta en marcha del proyecto, estandarizando el diagnóstico del estudio citológico del sistema respiratorio.
4- Reunión de todo el personal implicado, tanto médico como técnico, en donde se expusieron algunas diferencias y se realizó una evaluación del proyecto, revisando casos aleatoriamente y verificando el cumplimiento de los objetivos del proyecto. Los casos identificados que carecían de los nuevos parámetros fueron discutidos y en su caso se realizaron las correcciones pertinentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se estandarizó el diagnóstico de la citología del aparato respiratorio, señalando los parámetros imprescindibles para cumplimentar el informe final.
Se creó la pestaña de intraoperatorias para asignar las punciones EBUS, categorizando este estudio de forma adecuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La nueva incorporación de un protocolo en el diagnóstico de la citología del aparato respiratorio implica un incremento en la eficiencia del diagnóstico y su homologación, según las guías y recomendaciones internacionales validadas, conteniendo la información esencial que facilita la comprensión y, por lo tanto, una toma de decisión óptima para el tratamiento del paciente. Además, contribuye, a nivel del laboratorio, a obtener información cualitativa y cuantitativa sobre los mismos, de una manera objetiva que a su vez permite dar una respuesta eficaz a las posibles incidencias que pudieran detectarse. Queda así establecido que en las reuniones de sección se discutirán los casos que no cumplan con el protocolo, si los hubiese, dando una solución de consenso junto al personal técnico en caso de ser necesario.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/751 ========== ***

Nº de registro: 0751

Título
ESTANDARIZACION DEL DIAGNOSTICO EN EL ESTUDIO CITOLOGICO DE LA PATOLOGIA RESPIRATORIA

Autores:
MEJIA URBAEZ ELAINE, CARDIEL GARCIA MARIA JOSE, RAMIREZ GASCA MARIA TERESA, BLANZACO ACIN ZULEMA ESTHER, BARRA BORAO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0751

1. TÍTULO

ESTANDARIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN EL ESTUDIO CITOLÓGICO DE LA PATOLOGÍA RESPIRATORIA

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

PROBLEMA
La citopatología del aparato respiratorio es un tema amplio que requiere un estudio y conocimiento sistematizado de la morfología que presentan las células respiratorias normales, así como también, las alteraciones celulares de procesos benignos y malignos. Tanto el BAL como el BAS proporcionan un frotis con rasgos morfológicos relativamente propios en contraste con las muestras que se obtienen con el resto de técnicas diagnósticas empleadas para el estudio del sistema respiratorio.
Así mismo en el diagnóstico de La ecobroncofibroscopia o ultrasonografía endobronquial (USEB o más conocida por sus siglas en inglés como EBUS) que es una técnica diagnóstica mínimamente invasiva que complementa a la fibrobroncoscopia, ya que permite visualizar lesiones extrabronquiales y realizar punciones dirigidas. Con este método es posible diagnosticar de forma rápida el cáncer de pulmón y determinar simultáneamente el estadío de la enfermedad obteniendo muestra citológica de los ganglios linfáticos.
Sobre la base de las recomendaciones internacionales actuales de homogeneización y protocolización de los informes de anatomía patológica cuyo fin es contener la información diagnóstica clara y esencial que facilite su comprensión por el clínico que lo remite se propone la realización de protocolo diagnóstico unificado para la elaboración del informe final anatomopatológico. En el caso del estudio del EBUS, implementación del diagnóstico escrito del resultado de este estudio de manera inmediata una vez diagnosticado y que el neumólogo tenga acceso inmediato al mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear un protocolo diagnóstico estándar para el diagnóstico anatomopatológico de la citología respiratoria: aspirado bronquial y lavado bronquioloalveolar (BAS/BAL), respectivamente.
Incluir la pestaña de ´´intraoperatorias´´ en todos los casos de pacientes a los que se les realiza EBUS que lleguen al servicio de Anatomía Patológica.

MÉTODO
Reunión con los patólogos especialistas en patología pulmonar que se encargan del diagnóstico de este tipo de muestras citológicas para discutir la importancia de este proyecto de mejora.
Redacción de protocolo con los ítems principales que deben de estar presentes en el informe final de la citología BAS, BAL y EBUS adecuado a las recomendaciones internacionales vigentes.
Discusión del protocolo con su modificación, si fuera necesario.

INDICADORES
Grado de implantación: Pacientes en estudio en el servicio de neumología del HCULB a los que se les realiza estudio citológico para descartar patología tumoral/inflamatoria y realizar estadiaje.

DURACIÓN
1º mes Reunión/es para acordar las actuaciones a seguir.
2º mes Puesta en marcha del proyecto.
3º mes Evaluación del grado de cumplimiento y discusión de posibles limitaciones.
4º mes Reunión para valoración y 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 - 2019/0860

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE BLOQUES CONTROL PARA INMUNOHISTOQUIMICA, ENMARCADO EN LA NORMA ISO 15189

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LIDIA FLORIA TRUC
· Profesión ..... TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE MAINAR ANA BELEN
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS
RAMIREZ GASCA TERESA
ANOZ CARBONELL ELISABET
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO
GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cuando un patólogo identifique una biopsia apropiada para su uso como control IHQ, se tomarán múltiples muestras de la misma, siempre intentando ajustarnos a los tiempos de fijación idóneos para la preservación de la inmunorreactividad. Con el fin de diferenciar dichos bloques de los procedentes de la biopsia normal, deberá crearse un nuevo sistema de codificación que esté asociado al número específico de biopsia. Esto nos permitirá mantener la trazabilidad de la biopsia de origen y a su vez poder discriminarla de los bloques de la misma. Una vez confeccionados los bloques, se procederá a la validación del tejido como control IHQ, dejándolo reflejado en un documento en el que recogeremos información referente al tipo de tejido que forma el control, biopsia asociada, patólogo que la válida, técnico de Anatomía Patológica y Citodiagnóstico encargado de procesarlo, fecha de valoración, técnicas para las que está validado y fecha de baja en caso de ser necesario. Esta información será respaldada también en una hoja Excel, que permitirá disponer de la misma en tiempo real.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Disponemos en la sección de IHQ de nuestro servicio de un amplio banco de controles (aproximadamente 90% del número de técnicas IHQ realizadas), con una trazabilidad que nos permite cumplir los objetivos enmarcados en el proceso de acreditación para la norma ISO 15189.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En estos momentos disponemos en el servicio de Anatomía Patológica, en concreto en la sección de IHQ, de un amplio banco de controles, con una trazabilidad y un dossier de información referente a los mismos que nos ha permitido cumplir los objetivos enmarcados en la acreditación para la norma ISO 15189 .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/860 ========== ***

Nº de registro: 0860

Título
IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE BLOQUES CONTROL PARA INMUNOHISTOQUIMICA, ENMARCADO EN LA NORMA ISO 15189

Autores:
FLORIA TRUC LIDIA, LAFUENTE MAINAR ANA BELEN, CHICO RODRIGUEZ MILAGROS, RAMIREZ GASCA TERESA, ANOZ CARBONELL ELISABET, MARTA CARLO BRUNO, GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0860

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE BLOQUES CONTROL PARA INMUNOHISTOQUIMICA, ENMARCADO EN LA NORMA ISO 15189

El punto 5.6.2 de la norma ISO 15189, referente a la calidad en los laboratorios clínicos, recoge que todos ellos deben poseer sistemas de control que garanticen que las técnicas realizadas sean fiables y precisas.
Parte fundamental son los sistemas de trazabilidad de las muestras, incluyendo aquellas utilizadas como control inmunohistoquímico (IHQ).
Nuestro laboratorio se encuentra inmerso en un proceso de mejora integral, orientado a la implementación de la norma ISO 15189. En el caso específico de los controles para técnicas IHQ, es imprescindible conocer la procedencia de la biopsia control, así como hacer una correcta validación de los bloques obtenidos para su uso posterior.

RESULTADOS ESPERADOS
Como objetivo de este proyecto es el de disponer en la sección de IHQ de nuestro servicio de un amplio banco de controles, con una trazabilidad y un banco de información referente a los mismos que nos permita cumplir los objetivos enmarcados en el proceso de acreditación para la norma ISO 15189.

MÉTODO
Cuando un patólogo identifique una biopsia apropiada para su uso como control IHQ, se tomarán múltiples muestras de la misma, siempre intentando ajustarnos a los tiempos de fijación idóneos para la preservación de la inmunorreactividad.
Con el fin de diferenciar dichos bloques de los procedentes de la biopsia normal, deberá crearse un nuevo sistema de codificación que esté asociado al número específico de biopsia. Esto nos permitirá mantener la trazabilidad de la biopsia de origen y a su vez poder discriminarla de los bloques de la misma.
Una vez confeccionados los bloques, se procederá a la validación del tejido como control IHQ, dejándolo reflejado en un documento en el que recogeremos información referente al tipo de tejido que forma el control, biopsia asociada, patólogo que la válida, técnico de Anatomía Patológica y Citodiagnóstico encargado de procesarlo, fecha de valoración, técnicas para las que está validado y fecha de baja en caso de ser necesario. Esta información será respaldada también en una hoja Excel, que permitirá disponer de la misma en tiempo real.

INDICADORES
Para este proyecto vamos a utilizar como indicador el porcentaje de técnicas de IHQ que disponen de un control validado según la norma ISO 15189, con respecto al total de técnicas realizadas en nuestro laboratorio.
(número de controles según la norma ISO 15189 / número de técnicas IHQ realizadas)* 100

DURACIÓN
Para poder realizar este adecuación a la norma ISO 15189 de bloques control, nos hemos marcado un calendario de 11 meses. Este plazo es amplio debido a la necesidad de disponer de una amplia variedad de muestras para realizar esos controles y la no disponibilidad de un cronograma exacto de cuándo se va a recibir una muestra de las requeridas.

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 - 2019/0081

1. TÍTULO

ELABORACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UNA BASE DE DATOS INFORMATIZADA EN LA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO PARA EL REGISTRO DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS

Fecha de entrada: 06/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA FRANCISCA VILA AMENGUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PASTOR CABALLERO PAULA
PASTOR TOMAS EVA MARIA
MUR CAMPOS MARIA PILAR
LAHOZ MONTAÑES MARIO
FORES LISBONA LAURA
GIL CLAVERO SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante las primeras semanas de enero del 2019 se elaboró la base de datos Excel y, tras una sesión informativa, se pudo poner en funcionamiento a partir del 15 de enero, adelantándonos por lo tanto al calendario establecido. Desde entonces se han introducido diariamente los datos de los tratamientos realizados en la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP). En junio, tras las reuniones mensuales con los miembros del equipo, decidimos ampliar las variables recogidas y añadir seguimiento de duración de los bloqueos realizados de cara al alta hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha completado la base de datos Excel del año 2019 de forma satisfactoria, llevando recuento mensual de los procedimientos, recursos empleados, complicaciones y puntos a mejorar. Además, hemos constatado de forma subjetiva la percepción positiva por parte de los usuarios durante las visitas a las plantas en los días sucesivos tras la intervención, anotando igualmente puntos a mejorar. Finalmente, se han utilizado datos para la elaboración de trabajos de investigación y ponencias en congresos y reuniones, tanto para facultativos como para personal en formación, siendo una fuente importante de obtención de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusiones, resaltamos tanto la facilidad de uso, como de recuperación y tratamiento de esos datos, ayudando a la mejoría y seguridad en la asistencia a los pacientes subsidiarios de tratamiento por la UDAP. Gracias al éxito y a nuevas propuestas de mejora, hemos decidido continuar con la base de datos un año más, introduciendo algunas variables más.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/81 ========== ***

Nº de registro: 0081

Título
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA BASE DE DATOS EN LA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO PARA EL REGISTRO DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS

Autores:
VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, ESTEBAN LOPEZ BARBARA, PASTOR CABALLERO PAULA, PASTOR TOMAS EVA MARIA, MUR CAMPOS MARIA PILAR, LAHOZ MONTAÑES MARIO, FORES LISBONA LAURA, GIL CLAVERO SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS/PROCESOS INVASIVOS DOLOROSOS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0081

1. TÍTULO

ELABORACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UNA BASE DE DATOS INFORMATIZADA EN LA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO PARA EL REGISTRO DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS

Nos encontramos ante la necesidad de recopilar de manera rápida, ordenada y confidencial la actividad desempeñada diariamente en la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP), de forma que se puedan recuperar fácilmente dichos datos para evaluar la eficacia de los tratamientos administrados, registrar posibles complicaciones, opciones de mejora y recursos empleados, todo ello encaminado a mejorar la calidad y seguridad del servicio prestado, además de servir de base de futuros proyectos de investigación.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar una base de datos en Excel con las variables relacionadas exclusivamente con el manejo del dolor agudo postoperatorio de los pacientes sometidos diariamente a intervención quirúrgica o procedimiento invasivo. Se registrarán variables demográficas, asistenciales y del manejo del dolor que se recogían en formato papel, añadiendo además seguimiento postoperatorio, complicaciones y cómputo mensual y anual de procedimientos realizados, para control y previsión de recursos. Todos los datos estarán protegidos mediante contraseña, que se facilitará a los facultativos y enfermería implicados en la UDAP, garantizando así la confidencialidad de la base de datos. En ningún caso se registrarán variables sensibles, nombres, apellidos ni cualquier variable no relevante para los objetivos planteados.

MÉTODO
Tras elaborar la base de datos, se procederá a organizar una sesión informativa, destinada al Servicio de Anestesia y Enfermería involucrados asistencialmente en la UDAP. Se procederá a la presentación de la base de datos y resolución de dudas, aportando además las mejoras que se consideren oportunas. A lo largo del año se pueden convocar más reuniones si surgen dudas o propuestas de cambio.

INDICADORES
- Creación de un registro informatizado de los pacientes atendidos diariamente por la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio
- Revisión mensual y anual de los datos registrados, tomando las medidas oportunas en caso de detectar puntos de mejora, nuevas variables a incluir, gestión de los recursos empleados y previsión de recursos necesarios
- En cuanto a la evaluación, se realizará anualmente la medida de los indicadores de seguimiento (número y tipo de intervenciones, eficacia de los tratamientos, efectos secundarios y complicaciones, recursos empleados, posibilidades de mejora)
- Posibilidad de inclusión de los datos registrados en futuros proyectos de investigación

DURACIÓN
Elaboración de la base de datos durante el mes de enero por parte de la coordinadora del proyecto, sesión informativa durante el mes de febrero y puesta en marcha en marzo, introduciendo los datos de forma diaria. Revisión mensual de los datos por parte del grupo del proyecto y aporte de mejoras. Duración anual, prorrogable.

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 - 2019/0281

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NAUSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE FELIX MARTINEZ JUSTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLAGORTA GARCIA SILVIA
GONZALEZ ENGUITA RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se seleccionaron los pacientes programados para cualquier tipo de cirugía en régimen ambulatorio (CMA) en el Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa.
- Dependiendo de las patologías asociadas que presentaban los pacientes, el tipo de cirugía a la que se iban a someter, y tras la aplicación de diversas escalas, se identificaron aquellos pacientes con mayor riesgo de presentar naúseas y vómitos postoperatorios.
- Se potenció el uso asociado de varios fármacos antieméticos con diferentes mecanismos de acción durante todo el período perioperatorio.
- Utilización de técnicas anestésicas locorregionales evitando así la anestesia general, por presentar mayor tasa de nauseas y vomitos postoperatorios, en aquellas interveciones en las que la técnica quirúgica lo permitía.
- Aplicación de una técnica anestésica tipo TIVA (anestesia total endovenosa) evitando el uso de agentes halogenados en aquellos pacientes clasificados previamente como de riesgo de presentar nauseas y vómitos cuando no era posible la anestesia locorregional.
- Se aseguró una correcta tolerancia oral antes de dar de alta de la CMA al paciente, intensificando el tratamiento antiemético en los casos en que era necesario.
- Utilización de técnicas analgésicas locorregionales como bloqueos nerviosos en el postoperatorio inmediato para evitar o disminuir el uso de fármacos opioides dada su alta frecuencia de nauseas y vómitos como efecto secundario

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Disminución de la incidencia de nauseas y vómitos postoperatorios en los pacientes intervenidos en CMA
- Identificación y clasificación de aquellos pacientes con con mayor riesgo de presentar naúseas y vómitos postoperatorios en CMA
- Aumento del porcentaje de pacientes en los que se utilizaron técnicas anestésicas locorregionales evitando así la anestesia general.
- Mayor utilización de la anestesia locorregional como opción analgésica disminuyendo el consumo de derivados opioides tanto intraoperatoriamente como en el período postoperatorio
- Aumento del número de pacientes que presentó buena tolerancia oral postoperatoria en el área de CMA
- Disminución del número de reingresos debidos a naúseas o vómitos tras la cirugía ambulatoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos fueron similares a los registrados y publicados en la literatura científica tras la aplicación de medidas similares en otras unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en otros hospitales. Hubo una importante disminución en el número total de pacientes que presentaron naúseas o vómitos postoperatorios y también en el número de reingresos por dicha causa. La identificación previa de los pacientes con mayor riesgo de presentar nauseas y vomitos postoperatorios junto con el manejo antiemético multimodal basado en la utilización de fármacos antieméticos asociados y técnicas anestésicas locorregionales, constituyen los pilares esenciales para disminuir la incidencia de naúseas y vómitos postoperatorios en los pacientes intervenidos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/281 ========== ***

Nº de registro: 0281

Título
PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

Autores:
MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX, OLAGORTA GARCIA SILVIA, GONZALEZ ENGUITA RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0281

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NAUSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo, de la piel, del sistema osteomuscular, ginecológicas y neoplasias.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las náuseas y vómitos postoperatorios además de asociarse a una mayor morbilidad postoperatoria y un aumento de las complicaciones postquirúrgicas, constituyen una de las principales causas de retraso en el alta al domicilio así como de ingreso y re-ingreso en CMA. Todo esto genera un aumento en los costes y provoca insatisfacción en los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminución de la incidencia de naúseas y vómitos postoperatorios en la unidad de CMA. Elaboración de un protocolo.

MÉTODO
Identificación de los pacientes de mayor riesgo en la consulta preanestésica (escala de Apfel). Empleo de fármacos durante el período perioperatorio encaminados a la prevención de naúseas y vómitos junto con una utilización de técnicas anestésicas que reduzcan el riesgo basal (manejo antiemético multimodal).

INDICADORES
Pacientes en los que se aplica el manejo antiemético multimodal.
Porcentaje de re-ingresos en CMA y pacientes en los que se retrasa el alta hospitalaria debido a las naúseas y vómitos postoperatorios.

DURACIÓN
Año 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 - 2019/0320

1. TÍTULO

VIDEO DE MONTAJE DE LA BOMBA DE INFUSION RAPIDA (BIR) EN EL BLOQUE QUIRURGICO DURANTE SITUACIONES DE URGENCIA DE SANGRADO MASIVO

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SILVIA IRENE SANTANDREU LACASA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ TORRERO CINTIA
CASAMIAN CABERO MARIA
SORLI LATORRE DIEGO
IBAÑEZ LARRAGA MARIA NOELIA
SANTA ANA RAMO RAQUEL
GUISANDE ABAD JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Fases, calendario y acciones realizadas:

Fase I. Preparación del equipo y diseño del proyecto (del 01/02/2019 al 20/02/2019).

- Solicitud de autorización a la supervisión de Anestesia y Reanimación y a la dirección de Enfermería del Hospital Clínico.
- Revisión bibliográfica sobre la actuación sanitaria ante pacientes con hemorragia masiva y revisión de los manuales de instrucciones disponibles de aparatos de infusión rápida.

Fase II. Realización y grabación de la técnica en video (del 21/02/2019 al 24/02/2019).

- Elección de escenario para la grabación del vídeo.
- Elaboración de guion audiovisual.
- Determinación de diseño, forma y tomas de grabación necesarias.
- Selección de profesionales que realizarán la técnica de montaje de la bomba de infusión rápida para el video.
- Grabación del vídeo.
- Realización de postproducción del video, editando con señalizaciones más minuciosas y mensajes sobreimpresionados en las tomas necesarias

Fase III. Tramitación y evaluación del proyecto de mejora (del 25/02/2019 hasta su evaluación).

- Presentación y validación de la versión del vídeo editado por la supervisión de Anestesia y Reanimación y la Unidad de Calidad del HCU "Lozano Blesa".
- Realización de mejoras propuestas por la supervisión y la unidad de Calidad.
- Aprobación final de ambas unidades.
- Elaboración de encuesta de evaluación de conocimientos sobre el manejo de la bomba de infusión rápida.

Fase IV. Difusión del contenido (desde su aprobación hasta 01/09/2019).

- Reunión informativa sobre la realización del vídeo y su disponibilidad a los profesionales del Servicio de Anestesia del bloque quirúrgico.
- Instalación el 15 de septiembre del material audiovisual creado en los ordenadores de sobremesa más utilizados y accesibles del bloque quirúrgico (situados en la sala de despertar y en la unidad del dolor agudo postoperatorio.
- Difusión de encuesta de evaluación.
- Recogida y análisis de datos.
- Solicitud a la unidad de Calidad de la incorporación del video en la Intranet del hospital para aumentar su accesibilidad desde cualquier dispositivo del centro.

El cumplimiento del calendario marcado fue total en las fases I, II y III del proyecto. La fase IV se inició 15 días más tarde de lo fijado, pero fue concluida dentro de los plazos establecidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado principal ha sido la obtención de un vídeo explicativo sobre el montaje de la bomba de infusión rápida que mejora la disponibilidad de instrucciones que había hasta el momento, una guía en formato papel para seguir la secuencia de montado.

Este vídeo ha podido ser consultado en 17 ocasiones. Determinamos este número por el gasto de material específico consumido en el periodo de 3 meses desde la disponibilidad del material audiovisual.

La tasa de respuesta de la encuesta de evaluación difundida fue del 80% (n=20). De los 16 profesionales que la cumplimentaron, un 93,75% (15) realizó en montaje de una bomba de infusión rápida y 12 profesionales (el 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0320

1. TÍTULO

VIDEO DE MONTAJE DE LA BOMBA DE INFUSION RAPIDA (BIR) EN EL BLOQUE QUIRURGICO DURANTE SITUACIONES DE URGENCIA DE SANGRADO MASIVO

de ellos) revisó el vídeo creado. Todos los profesionales que consultaron el vídeo lo consideraron de utilidad. Con respecto a la accesibilidad del vídeo en los dispositivos informáticos, obtuvimos 2 respuestas negativas, que no localizaron el archivo en los ordenadores para su reproducción.

La encuesta también valoró los conocimientos mostrados en el vídeo y el 92% de los profesionales respondieron correctamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
PUNTOS FUERTES
- Creación de un recurso visual, sencillo y de rápida consulta.
- Aceptación y consulta por parte de los enfermeros de anestesia reflejada en la tasa de respuesta de la encuesta.
- Aumento de los conocimientos del personal.
- Mejora de la autonomía y autoconfianza del personal en casos de hemorragia masiva.
- Disminución de la variabilidad de la información proporcionada, por los distintos profesionales que trabajan en el servicio.

PUNTOS DE MEJORA
- Mejora en la accesibilidad al recurso audiovisual a través de una red específica (por ejemplo con un enlace de acceso directo vinculado a un canal de Youtube®) y con su incorporación a la Intranet del Sector.

7. OBSERVACIONES.
No se precisa

*** ========== Resumen del proyecto 2019/320 ========== ***

Nº de registro: 0320

Título
VIDEO DE MONTAJE DE LA BOMBA DE INFUSION RAPIDA (BIR) EN EL BLOQUE QUIRURGICO DURANTE SITUACIONES DE URGENCIA DE SANGRADO MASIVO

Autores:
SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE, PEREZ TORRERO CINTIA, CASAMIAN CABERO MARIA, SORLI LATORRE DIEGO, IBAÑEZ LARRAGA MARIA NOELIA, SANTA ANA RAMO RAQUEL, GUISANDE ABAD JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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: CHOQUE HIPOVOLEMICO (R57.1)
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Operativos

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

PROBLEMA
Los pacientes en situación de hemorragia grave pueden necesitar la bomba de infusión rápida para el manejo de su shock hipovolémico. El personal sanitario responsable del montaje de la bomba de infusión debe de estar entrenado para realizar la técnica en el menor tiempo posible y sin incidencias que repercutan en la seguridad y evolución clínica del paciente.
El uso de la BIR es excepcional en su frecuencia, por ello, es conocida la falta de formación y errores de memoria en su montaje por parte de personal del bloque quirúrgico. Es necesario asegurar su aprendizaje porque siempre se realiza en situaciones de urgencia vital.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear un soporte audiovisual que sirva de guía para el montaje de la bomba de infusión rápida y difundirlo para aumentar los conocimientos del personal del bloque quirúrgico.

MÉTODO
Se desea crear un método de aprendizaje sencillo, visual y de rápido acceso para situaciones que requieran el montaje de la BIR.
El video estaría disponible en la Intranet del Sector y podría visualizarse ilimitadas veces.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0320

1. TÍTULO

VIDEO DE MONTAJE DE LA BOMBA DE INFUSION RAPIDA (BIR) EN EL BLOQUE QUIRURGICO DURANTE SITUACIONES DE URGENCIA DE SANGRADO MASIVO

INDICADORES
Encuesta de valoración de conocimientos sobre la BIR tras la difusión del vídeo en la intranet a los tres meses de su incorporación. Estándar esperado: 75% de respuestas correctas.
Número de visualizaciones realizadas en la intranet del sector a los 3 meses. Estándar esperado: 150 visualizaciones.

DURACIÓN
Fase I: Preparación del equipo y diseño del proyecto (del 01/02/2019 al 20/02/2019).
Fase II: Realización y grabación de la técnica en video (del 21/02/2019 al 24/02/2019).
Fase III: Tramitación y evaluación del proyecto de mejora (del 25/02/2019 hasta su evaluación).
Fase IV: Difusión del contenido (desde su aprobación hasta 01/09/2019).

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 - 2019/0394

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA. IMPLEMENTACIÓN DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... AURORA CALLAU CALVO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA
PEDRAZ NATALIAS MARTA
BADEL RUBIO MARIA
VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA
SORIA LOZANO MARIA
BADEL RUBIO MARIA
AGUELO ASENSIO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar (anestesistas y matronas) con el objeto de elaborar un protocolo de analgesia epidural controlada por paciente. Se busca unificar la actuación de los anestesiólogos, implementando de manera generalizada este tipo de analgesia ya que ha demostrado ser el método idóneo para el manejo del dolor en el parto. Permite disminuir el consumo y concentraciones de fármacos, lo que conlleva a un menor bloqueo motor que con las técnicas de infusión estándar, además de mejorar la experiencia global del parto al aumentar la implicación por parte de la paciente.
- Búsqueda bibliográfica (se reparte entre los miembros del equipo). (Primer trimestre)
- Acceso a protocolos de otros centros sanitarios (primer trimestre 2019)
- Elaboración del protocolo. Antes de implementarlo como piloto, se realiza una reunión multidisciplinar (abril de 2019) con ginecólogos y matronas para consensuar. Hubiera sido enriquecedor contar con la opinión directa de las usuarias (parturientas), como no pudo ser se contó con la visión que las matronas y personal de paritorios tenían de la opinión de las usuarias.
- Se sometió el protocolo a la ratificación por el jefe de servicio
- Se aprobó el protocolo elaborado según la evidencia científica (ANEXO I), así como un manual explicativo (ANEXO II)
- Se ha diseñado una encuesta de satisfacción y recogida de datos (ANEXO III). El contenido y el formato ha sido debatido en las reuniones del grupo de mejora y consensuado.

Durante el proceso, la matrona está con la paciente para valorar el dolor, la aparición de efectos adversos y el grado de satisfacción, recogido en la hoja de datos (ANEXO III).
El protocolo inicial fue concluido en Octubre19, implementándose en forma de piloto. Con el sistema de registro diseñado, se han podido evaluar los indicadores: el % de PCA colocadas, el dolor percibido medido con la escala EVA, el % de mujeres satisfechas con el formato y la aparición de efectos adversos.
Tras el pilotaje con resultados satisfactorios, se va a presentar a la comisión de calidad e implantarlo de manera definitiva

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Protocolo realizado y consensuado por el equipo de mejora multidisciplinar: SI
Manual explicativo del funcionamiento de la PCA dirigido al personal y otro a las pacientes: SI
Hoja de registro de datos y satisfacción: SI

– % de bombas de PCA colocadas en un catéter epidural para el parto (respecto al número total de bombas de analgesia epidural del parto colocadas en el HCU en un período piloto de 90 días): 252/450 (56%)
– % de parturientas satisfechas con el funcionamiento de la bomba de PCA del total de mujeres a las que se les coloca la bomba de PCA: 252/252 (100%)
– % de mujeres embarazadas que se les ha colocado una bomba de PCA satisfechas con el control del dolor: 209/252 (83%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La satisfacción de las pacientes con el método ha sido de un 100%, con una aparición de efectos adversos graves nula, y muy baja de efectos adversos leves (picor), típicos de la medicación utilizada.
Hacer a las pacientes tomar parte del control de su dolor incrementa la tranquilidad y satisfacción de las mismas.
Recomendaciones:
Se debería recoger datos para comprobar la disminución del consumo y concentraciones de fármacos que describe la bibliografía científica.

7. OBSERVACIONES.
En muchos casos no se ha podido utilizar la analgesia controlada por paciente debido a problemas en el suministro del material necesario. Si se implanta el protocolo definitivamente se deberá hacer un reajuste del pedido de material.
Los resultados mostrados por indicadores no incluyen el 100% de los partos atendidos en el HCULB. Existe un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0394

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA. IMPLEMENTACIÓN DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE

porcentaje de pacientes que rechazan la analgesia epidural, y existe otro porcentaje de pacientes en las que no se ha realizado la valoración por distintos motivos fuera de nuestro alcance.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/394 ========== ***

Nº de registro: 0394

Título
CREACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA. IMPLEMENTACION DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE

Autores:
CALLAU CALVO AURORA, GARCIA CONSUEGRA PATRICIA, PEDRAZ NATALIAS MARTA, BADEL RUBIO MARIA, NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ, AGUELO ASENSIO PILAR, VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, BADEL RUBIO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
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 HCU lleva a cabo cada año aproximadamente unas 2000 atenciones al parto. En este proceso intervienen un grupo multidisciplinar de profesionales; especialistas en ginecología y obstetricia, anestesiólogos y matrones. La mayor parte de las embarazadas se decantan por experimentar el parto bajo una anestesia locorregional, en su mayoría una anestesia epidural.

A cada paciente se le ofrece, de forma comprensible, información detallada sobre la posibilidad de recibir esta técnica anestésica. Cuando el equipo de ginecología y obstetricia y matronas considera, el anestesiólogo entrevista a la embarazada y le explica las ventajas y riesgos de la anestesia epidural.
El actual estándar para la analgesia epidural del parto consiste en una infusión continua a través del catéter epidural, de una combinación de anestésicos locales y opiáceos. Son numerosos los estudios y las guías de práctica clínica que demuestran que la analgesia epidural controlada por la paciente (PCA) es el método idóneo para el manejo del dolor en el parto ya que permite disminuir el consumo y las concentraciones de fármacos lo cual conlleva a un menor bloqueo motor que las técnicas de infusión estándar. Además, existe una mayor implicación por parte de la paciente en el control del dolor lo cual mejora la experiencia global del parto.
Se plantea la creación de un protocolo para instaurar la implantación de la analgesia epidural del parto controlada por paciente en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
- Establecer un protocolo de analgesia epidural en el parto para unificar la actuación de los distintos miembros del servicio de anestesiología basándose en la implementación de la analgesia controlada por paciente.
Objetivos específicos:
- Hacer partícipes a las pacientes en el control de su propio dolor a medida que avanza el parto.
- Disminuir las dosis de anestésicos administrados a través del catéter epidural.

MÉTODO
- Reuniones con los facultativos del grupo multidisciplinar para unificar el protocolo de analgesia en el parto.
- Elaboración Manual explicativo del funcionamiento de la PCA dirigido a las pacientes.
- Elaboración Manual explicativo del funcionamiento de la PCA dirigido al personal que trabaja en el área de dilatación.
- Control a la embarazada por parte del anestesista una vez colocado el catéter epidural con la bomba de PCA para comprobar funcionamiento y ver evolución. Registro en gráfica mediante escala visual analógica (EVA) del dolor.
- Encuesta de satisfacción a las pacientes para ver grado de satisfacción y control del dolor.
- Recogida de datos para realizar la evaluación del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0394

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA. IMPLEMENTACIÓN DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE

INDICADORES
- % de bombas de PCA colocadas en un catéter epidural para el parto (respecto al número total de bombas de analgesia epidural del parto colocadas en el HCU).
- % de mujeres embarazadas satisfechas con el funcionamiento de la bomba de PCA.
- % de mujeres embarazadas satisfechas con el control del dolor.
- Aparición de efectos adversos por la implantación del nuevo sistema. % de pacientes a las que se les implanta el nuevo sistema que presentan efectos adversos. SI/NO
- Control global del dolor durante las distintas fases del parto medido a través de la escala visual analógica (EVA) del dolor. EVA en dilatación, EVA en expulsivo, EVA en alumbramiento.

DURACIÓN
- Duración del proyecto: 1 año
- Marzo-Abril 2019:
" Reuniones del grupo de mejora para puesta en común de ideas.
" Búsqueda de últimas actualizaciones en analgesia para el parto.
" Elaboración de protocolos.
- Mayo 2019:
" Sesión informativa a facultativos, matronas y auxiliares para la exposición de los nuevos protocolos.
- Junio 2019:
" Puesta en marcha de nuevos protocolos.
- Reunión semestral del equipo para evaluación intermedia de resultados, posibles modificaciones e introducción de mejoras.
- Evaluación de la adherencia a los nuevos protocolos por parte de los anestesiólogos.
- Diciembre 2019:
" Evaluación 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 - 2019/0462

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO PARA LA RECOGIDA DE DATOS ANESTESICOS DURANTE LA REALIZACION DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. (MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN PACIENTE SOMETIDO A TEC)

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA GARCIA-CONSUEGRA TIRADO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALLAU CALVO AURORA
PEDRAZ NATALIAS MARTA
BADEL RUBIO MARIA
PRADAL JARNE LAURA
LAHOZ MONTAÑES MARIO
GIL CLAVERO SERGIO
BELLO FRANCO SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El servicio de Anestesia del Hospital Clínico Lozano Blesa asume alrededor de 25 pacientes de psiquiatría al mes que van a ser sometidos a terapia electroconvulsiva (TEC) con anestesia general. Antes de la realización de la técnica, son vistos por un anestesista para realizar el estudio prepoperatorio. La media de sesiones de TEC por paciente es muy variable dependiendo de su patología, pero podríamos estimar de 8 a 12 sesiones por paciente. Esto supone realizar varias anestesias generales por paciente y la recogida de datos de las mismas en formato papel. Estas anestesias son realizadas cada día por un anestesiólogo diferente y la forma de reflejarla, por tanto, también es distinta.
Por todo ello, el proyecto nació de la necesidad de diseñar un único protocolo de recogida de datos para la realización de los TECs, con el fin de estandarizar la información.
Se formó un grupo de trabajo multidisciplinar, compuesto por adjuntos y residentes de anestesia y psiquiatría.
- Primer trimestre de 2019: Nos reunimos para debatir el contenido del mismo, haciendo hincapié en la necesidad de que este fuese claro y sencillo. De esta forma, se facilita al anestesiólogo, la búsqueda de los informes de las anestesias generales previas que se hayan realizado al paciente en sesiones anteriores, además de disminuir la variabilidad entre profesionales y la probabilidad de errores durante las sesiones.
- Junio de 2019: Se elabora el registro de la actividad del protocolo en formato papel, que consta de una tabla resumen donde se recogen los siguientes datos: número de sesión, fecha, nombre del anestesista titular, medicación utilizada, HAN (Escala de dificultad ventilatoria) e incidencias ocurridas durante la misma.
- Julio 2019: Se difunde al servicio este nuevo método de recogida de datos. Implementación definitiva del mismo.
- Noviembre 2019: Se hace entrega de una encuesta de satisfacción a los facultativos responsables de las sesiones de TEC.
- Diciembre 2019: Nos reunimos para hacer una evaluación del resultado de los primeros meses de la nueva recogida de datos y de las encuestas recogidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Pacientes sometidos a TEC con el registro de anestesia cumplimentado / total de pacientes anestesiados para TEC: 251/280
- Anestesistas satisfechos con la nueva recogida de datos, mediante una encuesta: 33/44
- Incidentes relacionados con la seguridad del paciente sometido a TEC: 11/280

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de un protocolo de recogida de datos específico para los TECs mejora la satisfacción de los facultativos responsables y proporciona un acceso sencillo y claro a la información del paciente.
Con la implantación de este proyecto, observamos una disminución de las incidencias relacionadas con este procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/462 ========== ***

Nº de registro: 0462

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0462

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO PARA LA RECOGIDA DE DATOS ANESTESICOS DURANTE LA REALIZACION DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. (MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN PACIENTE SOMETIDO A TEC)

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO PARA LA RECOGIDA DE DATOS ANESTESICOS DURANTE LA REALIZACION DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. (MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN PACIENTE SOMETIDO A TEC)

Autores:
GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA, CALLAU CALVO AURORA, BELLO FRANCO SALVADOR, PEDRAZ NATALIAS MARTA, BADEL RUBIO MARIA, NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ, LONGAS VALIEN JAVIER, PRADAL JARNE LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El servicio de Anestesia del Hospital Clínico Lozano Blesa asume alrededor de 25 pacientes de psiquiatría al mes que van a ser sometidos a terapia electroconvulsiva (TEC) con antestesia general. Antes de la realización de la técnica, son vistos por un anestesista para realizar el estudio prepoperatorio. La media de sesiones de TEC por paciente es muy variable dependiendo de su patología, pero podríamos estimar de 8 a 12 sesiones por paciente. Esto supone realizar varias anestesias generales por paciente y la recogida de datos de las mismas en formato papel. Estas anestesias son realizadas cada día por un anestesiólogo diferente y la forma de reflejarla, por tanto, también es distinta.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Crear un protocolo de recogida de datos específica para los TECs de forma clara y sencilla, donde se puedan plasmar todas las sesiones de un paciente, en un mismo formulario.
2. Disminuir la variabilidad entre los profesionales y la probabilidad de errores durante la sesión. (Mejora de la seguridad clínica en paciente sometido a TEC)
3. Facilitar al anestesiólogo la búsqueda de las anestesias generales previas que se le han realizado al paciente

MÉTODO
- Creación del grupo de mejora multidisciplinar (Anestesia /Psiquiatría). Reuniones con los facultativos del grupo para unificar criterios y elaborar el protocolo de recogida de datos del paciente candidatos a TEC.
- Puesta en marcha del Material específico para la anestesia general en TEC. El material contemplará diversos aspectos; número de sesión, medicación utilizada, escala HAN, Incidencias…

INDICADORES
- Material realizado SI/NO.
- % de pacientes sometidos a TEC con el registro de anestesia cumplimentado / total de pacientes anestesiados para TEC.
- % de anestesiólogos satisfechos con la nueva recogida de datos, mediante una encuesta.
- % de incidentes relacionados con la seguridad del paciente sometido a TEC

DURACIÓN
- Duración del proyecto: 1 año
- Marzo-Junio 2019: Reuniones del grupo de mejora para puesta en común de ideas, orientación y diseño preliminar del material
- Julio 2019: Sesión informativa a facultativos para la exposición del nuevo protocolo.
- Agosto-Septiembre 2019: Comienzo de la realización del documento.
- Octubre 2019: Revisión final del material elaborado, del diseño y contenido, para su posterior edición e impresión.
- Noviembre 2019: puesta en marcha del nuevo documento de recogida de datos.
- Reunión anual del equipo para evaluación intermedia de resultados, posibles modificaciones e introducción de mejoras.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0462

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO PARA LA RECOGIDA DE DATOS ANESTESICOS DURANTE LA REALIZACION DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. (MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN PACIENTE SOMETIDO A TEC)

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0679

1. TÍTULO

PROTOCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BELEN ALBERICIO GIL
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARBONELL ROMERO MARIA
PRADAL JARNE LAURA
PASTOR TOMAS EVA MARIA
FORNIES GIMENEZ BEATRIZ
SOLA GARCIA JOSE LUIS
GUILLEN ANTON JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Marzo-abril: búsqueda de bibliografía.

Mayo-junio: elaboración de protocolo y algoritmo de actuación basado en la evidencia científica, así como las hojas de registro, evaluación y satisfacción.

Julio: presentación en sesión clínica al servicio de anestesia. Resolución de dudas.

Agosto: puesta en marcha del proyecto.

Enero: análisis de los resultados, puesta en común en sesión clínica. Valorar cambios en el protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizará una hoja de registro para valorar: Incidencia, circunstancias del evento adverso, descripción del evento adverso, síntomas acompañantes, necesidad de tratamiento, tratamiento recibido, intensidad del dolor (EVA) antes y tras tratamiento y satisfacción de la paciente.

Resultados: reducción de la incidencia, optimización de estancia hospitalaria, reducción de complicaciones, prevención o disminución del dolor y satisfacción de la paciente.

Fuentes: 1. J. C. Tornero Tornero, et al: Complicaciones tras técnicas de anestesia regional. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. Vol. 55, Núm. 9, 2008.
2. Ashley N. Agerson, and Barbara M. Scavone: Prophylactic Epidural Blood Patch After Unintentional Dural Puncture for the Prevention of Postdural Puncture Headache in Parturients. anesthesia & analgesia. (Anesth Analg 2012;115:133–6 Number 1.
3. Álvarez P. Diagnóstico y manejo de la cefalea postpunción lumbar. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2007;580:189-191

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Limitación principal: Falta de comunicación en la notificación del problema.
Valoración del equipo: Dar claridad al manejo del problema ante la variabilidad que existe en su tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/679 ========== ***

Nº de registro: 0679

Título
PROTOCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL

Autores:
ALBERICIO GIL BELEN, CARBONELL ROMERO MARIA, PRADAL JARNE LAURA, PASTOR TOMAS EVA MARIA, FORNIES GIMENEZ BEATRIZ, SOLA GARCIA JOSE LUIS, GUILLEN ANTON JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0679

1. TÍTULO

PROTOCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL

otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La cefalea postpunción dural (CPPD) fue descrito en 1898 por el Dr. Bier, después de realizar una punción raquídea.
La CPPD es la complicación más frecuente asociada a la analgesia epidural. Su incidencia ha disminuido a lo largo de los años, debido a la mejora de las técnicas, mayor experiencia del anestesista y al uso de agujas de menor calibre y de punta no cortante. Actualmente el riesgo de punción dural accidental en centros docentes es de 1 al 2,5%.
La Intenational Headache Society la define como el dolor de cabeza que mejora con la posición supina dentro de 15 minutos y se exacerba en sedestación o en bipedestación dentro de los 15 minutos siguientes.
El dolor puede ir acompañado de rigidez de cuello, fotofobia, hipoacusia, náuseas o tinnitus. La cefalea se desarrolla dentro de los 5 días de la punción dural, por lo general se presenta dentro del 1º y 2º día y suele resolverse espontáneamente, o bien en las 48 horas tras iniciar el tratamiento; Sin embargo, algunas veces los síntomas pueden durar meses o años.
El dolor de cabeza puede ser intenso y con frecuencia dura más tiempo, llegando a ser de mayor incapacidad en pacientes obstétricas que en la población general. La CPPD se asocia a mayor estancia hospitalaria tras del parto vaginal, incrementa el número de consultas y provoca una marcada reducción de su calidad de vida.
Las opciones de tratamiento de la CPPD son pocas y de eficacia limitada. Hay poca evidencia científica en los trabajos publicados, ensayos clínicos con sesgos, con lo que no hay fuerza científica para formular recomendaciones claras. Faltan estudios comparativos y con rigor científico y de metaanálisis sin sesgo. Hay necesidad un ensayo clínico controlado, aleatorizado, doble ciego y multicéntrico para proporcionar evidencia de la eficacia de las medidas más comprometedoras.
La CPPD es a menudo compleja, grave, duración variable y merece una cautelosa e individualizada aproximación en su diagnóstico. Hay que valorar riesgo/ beneficio de la paciente antes de iniciar alguna medida tanto de prevención, profilaxis y tratamiento que incluya las opciones de catéter intratecal, la morfina epidural y el parche hemático epidural.
Dada la complejidad del tema es importante que se cuenten en los Servicios con protocolos escritos, claros e institucionalizados y que faciliten la toma de decisiones para que los pacientes reciban una atención óptima y de calidad en el tratamiento.
La falta de seguimiento de estos pacientes se asocia con mayor número de demandas médico-legales. Un seguimiento riguroso de estos pacientes es de una responsabilidad importante del equipo médico y debería realizarse por profesional experimentado.

RESULTADOS ESPERADOS
1.Crear un protocolo en el manejo de la CPPD para establecer unas medidas terapéuticas basadas en la última evidencia científica y establecer un algoritmo dinámico terapéutico que sirva como guía de decisión para los anestesistas de este centro.
2.Realizar un registro para evaluar y seguir la evolución de los pacientes para una asistencia de calidad.
3.Conocer si las estrategias planteadas han conseguido el éxito deseado.

MÉTODO
Los componentes del equipo realizaran una revisión de la bibliografía disponible tras lo cual se reunirán en varias sesiones a fin de configurar un algoritmo que sirva de guía de actuación a los profesionales.
Una vez configurado el protocolo de actuación será puesto en conocimiento del equipo (anestesistas, ginecólogos, matronas,…) el plan de actuación en caso de punción dural accidental o cefalea post-punción en sesión clínica y se realizará un árbol de decisión que estará disponible tanto en el Servicio de Anestesia como en la 4ª planta (ginecología).
Así mismo se realizará una hoja de registro para evaluar la incidencia, complicaciones, necesidad de tratamiento, satisfacción de los pacientes,…

INDICADORES
Se realizará una hoja de registro para valorar: Incidencia, circunstancias del evento adverso, complicaciones, satisfacción de las pacientes, necesidad de tratamiento, tratamiento recibido, intensidad del dolor (EVA) antes y tras tratamiento.
Los valores a alcanzar serán: reducir la incidencia, optimizar tiempo de estancia hospitalaria, evitar complicaciones, mejorar la satisfacción de los pacientes y disminuir el dolor.

DURACIÓN
La evaluación del proyecto se realizará analizando los datos obtenidos en la hoja de registro y comparándolos con la incidencia y registros de la bibliografía disponible. Los resultados obtenidos serán comunicados en sesión clínica.
La realización del proyecto seguirá un calendario aproximado que se detalla a continuación:
Marzo-abril: búsqueda de bibliografía.
Mayo-junio: elaboración de protocolo y algoritmo de actuación basado en la evidencia científica, así como las hojas de registro, evaluación y satisfacción.
Julio: presentación en sesión clínica al servicio de anestesia, ginecología y matronas. Resolución de dudas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0679

1. TÍTULO

PROTOCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL

Agosto: puesta en marcha del proyecto.
Enero: análisis de los resultados, puesta en común en sesión clínica. Valorar cambios en el protocolo.

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 - 2019/1017

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JULIA GUILLEN ANTON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ
CHARLO BERNARDOS MARTA
GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA
GARCIA SAEZ MARIA PILAR
GARCIA LECINA ANA CRISTINA
PEREZ TORRALBA MARIA VICTORIA
GARCIA ENCISO AINHOA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de una Guía, basada en la evidencia, de Fármacos de tratamientos Crónicos y su manejo Perioperatorio en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.
Difusión en Sesión Clinica del Hospital y a través de la plataforma Spontania a los centros de Atención Primaria de nuestro sector en Streaming.
Envio a la Unidad de Formación que la ha difundido por todas las Unidades del Hospital y la ha Colgado en el apartado de Formación del la Web del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración de la Guia
Difusión de la Guia

GUIA MANEJO PERIOPERATORIO TRATAMIENTOS CRÓNICOS
JULIA GUILLÉN ANTÓN Y COLABORADORAS

Introducción
? 50% pacientes intervenidos? tto farmacológico crónico.

? 5% ? complicaciones por retirada.

? mantener o suspender depende: fármaco, patología, grado de control, IQx y técnica anestésica.

? Complicaciones periQx: interacciones farmacológicas y con Qx, respuesta al estrés Qx-anestésico, enfermedad de base.

GUÍA POR GRUPOS DE FÁRMACOS

Medicación cardiovascular

ß-bloqueantes (bisoprolol..metoprolol)
CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR:
• ?? Administración periQx
- ? consumo de O2.
- Antiarrítmico.
- Protector placa ateroma.

• ?? Suspensión brusca ? efecto rebote (HTA, taquicardia, isquemia miocárdica)

a-2-agonistas (clonidina..)
CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR:
• Receptores a-2 centrales.
• ?? Sedante, ansiolítico y analgésico.
• Mantienen estabilidad hd.
• ?? Suspensión brusca ? crisis HT de rebote y R isquemia miocárdica.

Antagonistas del calcio (nicardipino, nifedipino..)
CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR:
• ? episodios arritmias, isquemia en Qx no cardíaca.
• Mantienen estabilidad H-D
• ¿? R sangrado? Datos contradictorios.
• Suspensión ? vasoespasmo coronario, HTA y TSV.

Nitratos (nitroglicerina, isosorbide)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1017

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA

CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR:
• Vasodilatación venosa y coronaria.
• ? precarga ? consumo de O2
• ?? R hipoT y TC refleja al ? precarga.

Antiarrítmicos (Amiodarona, digoxina..)
CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR:
• ? ? R nuevas arritmias.
• ?Interacciones con anestésicos.
• Amiodarona: BC resistente a atropina, ?t1/2, tox pulmonar y hepática.
• Digoxina: [rango terapéutico]. Digoxinemia periQx.

Estatinas (atorvastatina, simvastatina..)
CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR:
• ??? colesterol y protección CV
• Normaliza fx endotelial.
• Estabiliza placa ateroma.
• Antiagregante-anticoagulante.
• Aintiinflamatorio.
• R miopatía postQx.

Hipolipemiantes (fibratos, resinas..)
SUSPENDER DÍA ANTERIOR A IQ POR:
• R rabdomiólisis y miopatías.
• Interferencia con anestésicos de eliminación biliar
• No evidencia de beneficios CV.

IECA/ARAII (captopril, losartán)
• Vd arterial y venosa.
• Inhiben remodelado ventricular y mejora flujo sanguíneo y fx renal
en R.
• Mantenimiento ? hipoT grave y de difícil manejo durante la
inducción y mantenimiento anestésicos (acentúa efectos AG)
CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ SI DISFUNCIÓN SISTÓLICA GRAVE O HTA MAL CONTROLADA
SUSPENDER DE 12 A 48 HORAS ANTES SEGÚN VIDA MEDIA

Diuréticos
SUSPENDER 24HORAS ANTES O LA MAÑANA DE LA IQ:
• Depleción volumen iv ? agrava hipoT inducida por anestesia.
• Trast H-E:
- Ppal causa de hipoNa en el adulto.
- R hiperK (ahorradores) ó hipoK (tiazidas, asa).
• ! Control electrolitos!

Medicación gastrointestinal
CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ:
• Antihistamínicos H-2, inhibidores de la bomba de protones.
• Prevención úlcera por estrés quirúrgico y neumonía por aspiración.

Medicación pulmonar
CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ:
• Broncodilatadores inhalados (salbutamol..).
• Corticoides inhalados.
• Anticolinérgicos.
• Inhibidores de leucotrienos (montelukast..)

• Teofilina:
SUSPENDER LA NOCHE ANTERIOR A IQ
- [estrecho rango] ? Vigilar niveles plasmáticos.
- Arritmias y neurotoxicidad.

Medicación psicotropa

Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina..)
CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ:• ? R de arritmias.

• Interacciones ? Potencia anticolinérgicos y simpaticomiméticos.
• Suspensión brusca ? insomnio, náuseas, salivación, temblor..

ISRS (sertralina, fluoxetina, paroxetina)
CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ:
• Sdme serotoninérgico (agitación, rigidez, convulsiones, coma, muerte..) (+tramadol, meperidina, IMAO..)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1017

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA

• ? agregación plaquetaria ?? R sangrado.

IMAOs MANTENER A PESAR DE RIESGOS DE:
• HT severa (+simpaticomiméticos indirectos ? Efedrina)
• Sd serotoninérgico (+ISRS, meperidina, tramadol).

Antipsicótico (haloperidol, quetiapina..)
CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR
• Suspensión brusca ? arritmias, desestabilización clínica, agitación de rebote.
• Alargamiento QT (ECG día de Qx), extrapiramidales.

Ansiolíticos (BZP)
CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ POR:
• Suspensión: sdme retirada.
• Mayor tolerancia anestésicos.

Litio
• [rango terapéutico] ? NyV, diarrea, temblor, coma, arritmias.
• Sd neuroléptico maligno (+antipsicóticos).
• Alteran capacidad [ ] renal ? Hipovolemia e hiperNa.
CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ CON CONTROL FUNCIÓN RENAL Y LITEMIA PERIOPERATORIA

Medicación neurológica
CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ:
• Antiepilépticos (fenitoína, ác. valproico): si suspensión R. crisis.
SUSPENDER LA MAÑANA DE LA IQ:
• Antiparkinsonianos (L-dopa,bromocriptina..)
- Metabolito de L-dopa ? arritmias, hipo/hiperT
- Interacciones con anestésicos.
• Inhibidores de la A-colinesterasa (neostigmina, donepezilo..)
- Efectos muscarínicos.
• Antagonistas a-1 (tamsulosina, doxazosina)

! Sdme de iris flácido ? dificulta Qx de catarata.

Medicación endocrina
CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ:
• Terapia tiroidea (levotiroxina, metimazol).

• Bifosfonatos (alendronato) ? vaso de agua y en pie 30 min. (R. de esofagitis)

Antidiabéticos
• Metformina ? R Ac. láctica (? R si daño renal).
SUSPENDER 48-72 HORAS ANTES IQ
• Otros AD (sulfonilureas, Glitazonas..) ? ? R hipoglucemias.
SUSPENDER EL DÍA DE IQ

Terapia hormonal ACOS, THS Y MODULADORES SELECTIVOS R-ESTRÓGENOS
SUSPENDER 4-6 SEMANAS ANTES SI ALTO RIESGO TROMBÓTICO
• ? R de trombosis venosa y tromboembolia.

*Moduladores como tto cancer mama consultar con oncología.

• ! Profilaxis tromboembólica!

Corticoides CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE LA IQ

• Si supresión del eje (> 20mg/día prednisona) ? D extra.

• No supresión si 5-10mg, < 3 sem. tto, días alternos.

Medicación antiinflamatoria

AINES inhibidores de la COX-1
• Inhibición agregación plaquetaria.

• Alteración fx renal, potencia nefrotoxicidad.

• Retraso cicatrización herida y hueso.

SUSPENDER 48-72 HORAS ANTES SI VIDA MEDIA LARGA (OXICAMS)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1017

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA

SUSPENDER 24 HORAS ANTES SI VIDA MEDIA CORTA (IBUPROFENO, KETOROLACO)

AINES inhibidores de la COX-2 (-coxib)
• Poco o nulo efecto sobre la fx plaquetar ?
• Alteración fx renal, potencia nefrotoxicidad.
SUSPENDER 48-72 HORAS ANTES SI INSUFICIENCIA RENAL
Otros
• Medicación biológica (rituximab, etanercept) ? ?R infección.
SUSPENDER 1 SEMANA ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
REANUDAR UNA SEMANA DESPUÉS
• Reuma: Metotrexate ? CONTINUAR INCLUIDA LA MAÑANA DE IQ

Sulfasalacina y azatriopina ?
SUSPENDER 1 SEMANA ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Fitoterapia/suplementos
SUSPENDER 1-3 SEMANAS ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Optimización de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente mediante la continuación, retirada o sustitución de los fármacos que llevan como tratamientos crónicos.
Evita cancelaciones

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1017 ========== ***

Nº de registro: 1017

Título
MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA

Autores:
GUILLEN ANTON JULIA, NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ, CHARLO BERNARDOS MARTA, GARCIA SAEZ MARIA PILAR, PASTOR TOMAS EVA MARIA, LANAU ARILLA MARIA PILAR, GARCIA LECINA ANA CRISTINA, PEREZ TORRALBA MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes crónicos complejos con tratamientos crónicos sometidos a procedimientos Quirúrgicos c
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Cada vez es más frecuente que los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas se hallen en tratamiento crónico con uno o varios medicamentos que no tienen relación con la patología que ocasiona la cirugía. Se estima en un 50% la proporción de pacientes quirúrgicos que se hallan en esta situación, sin incluir los fármacos antitrombóticos que requieren protocolos específicos. Los factores determinantes de la misma son los avances en los procedimientos quirúrgicos y anestésicos, que los hacen disponibles a pacientes con patologías cada vez más complejas y el envejecimiento de la población que favorecen la existencia de pacientes polimedicados crónicos.
A pesar de los avances, las complicaciones en el período perioperatorio son frecuentes, especialmente las cardiovasculares. En este ámbito, los fármacos no relacionados con la cirugía se consideran un factor de riesgo.
El correcto manejo de la medicación crónica no relacionada con la cirugía adquiere un papel relevante ya que en todo el mundo millones de pacientes se someten año tras año a intervenciones quirúrgicas, por lo que es fundamental poder anticiparse a las consecuencias de no suprimir o suprimir determinados fármacos.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1017

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS CRONICOS DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS. ELABORACION DE UNA GUIA Y DIFUSION A LOS SERVICIOS QUIRURGICOS MEDICOS/ENFERMERIA

Elaborar y difundir una guía, basándonos en la bibliografía, sobre el manejo perioperatorio de los tratamientos crónicos que con mayor frecuencia llevan los pacientes que van a ser intervenidos en nuestro Centro.

MÉTODO
Difundir la guía elaborada del manejo perioperatorio de los fármacos de tratamientos crónicos en las distintas Unidades Quirúrgicas de nuestro Hospital, tanto al personal médico como a la Enfermería de dichas Unidades.

INDICADORES
Elaboración de la guía S/N
Difusión de la guía S/N

DURACIÓN
Mayo 2019-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 - 2019/1282

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UNA BASE DE DATOS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE PREHABILITACIÓN DEL HCU LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SERGIO GIL CLAVERO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORES LISBONA LAURA
LAHOZ MONTAÑES MARIO
LONGAS VALIEN JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una base de datos con el registro de los pacientes atendidos en la consulta de prehabilitación del HCU Lozano Blesa desde su creación en octubre de 2014 hasta la actualidad. Para ello, se ha empleado el programa informático Microsoft Access, del que se dispone licencia para su uso en el servicio de Anestesiología de nuestro hospital.

Se ha optado por incluir únicamente, en un primer momento, aquellos pacientes intervenidos de cáncer colorrectal. Para, en un segundo tiempo ampliar la base de datos y adaptarla a los diferentes procesos oncológicos atendidos.

Como criterios de inclusión se han seleccionado los siguientes:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que hayan recibido el diagnóstico de cáncer colorrectal.
- Pacientes a los que se les haya realizado una intervención quirúrgica.
- Pacientes que han realizado un seguimiento en las consultas de prehabilitación.

Se han registrado las variables que hasta ahora se recogían en papel y sin seguir un control del proceso clínico (sexo, edad, fecha de nacimiento y pruebas funcionales realizadas en la consulta). Además, se han añadido otras nuevas (relacionadas con la intervención quirúrgica, sobre el postoperatorio quirúrgico, características basales de los pacientes, marcadores hematológicos y bioquímicos).

Las variables registradas han sido:

- Demográficas: edad, sexo, peso, altura, IMC
- Preoperatorio anestésico: escala ASA, consumo de tabaco y alcohol, presencia de comorbilidades (HTA, DM, dislipemia…)
- Valores analíticos: glucosa, albúmina, proteínas totales, colesterol, creatinina, hemoglobina, leucocitos, neutrófilos, linfocitos, monocitos, plaquetas
- Consulta de prehabilitación: fechas de las consultas, actividades realizadas (ejercicios, suplementos nutricionales…), distancia en el test de los 6 minutos, variables intratest (FC, TAS, TAD, TAM, saturación de O2)
- Relacionadas con la cirugía: fecha de la cirugía, días de estancia hospitalaria, procedimiento quirúrgico, abordaje, complicaciones postoperatorias, escala EVA, tratamiento adyuvante/neoadyuvante, reintervenciones, reingresos…
- Otros: fallecimiento, recidiva, metástasis…

Tras elaborar la base de datos, se ha procedido a organizar una sesión informativa con el fin de informar de su funcionamiento. Asimismo, se ha creado un documento PDF con las instrucciones de uso y respuestas a posibles dudas en el uso de la base de datos.

Una vez elaborada, se ha procedido a introducir a los pacientes de forma retrospectiva. Por otro lado, aquellos nuevos pacientes dados de alta en la consulta de prehabilitación se han introducido de forma quincenal.

Los pacientes se han codificado, de forma que no se han incluido posibles datos identificativos. En ningún momento se han registrado nombres, apellidos ni cualquier variable no relevante para los objetivos planteados. Cada paciente se ha identificado por un código de 3 letras en función de la patología atendida (en el cáncer colorrectal: CCR) y el número de orden. Por ejemplo: CCR-001.

El cronograma de las actividades propuesto se ha cumplido satisfactoriamente:

- Segunda quincena de abril de 2019: selección de las variables a incluir en la base de datos y de los criterios de inclusión de los pacientes.
- Mayo de 2019: elaboración de la base de datos con el programa informático Access.
- Última semana de mayo de 2019: realización de una sesión informativa con el personal involucrado para explicar el funcionamiento de la base de datos y creación del PDF con instrucciones.
- Junio de 2019 en adelante: introducción de los pacientes de forma retrospectiva, así como la incorporación quincenal de los nuevos pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1282

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UNA BASE DE DATOS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE PREHABILITACIÓN DEL HCU LOZANO BLESA

- Octubre de 2019: análisis provisional de los datos disponibles hasta el momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante este año se ha creado de manera exitosa un registro informatizado de los pacientes atendidos por la Consulta de Prehabilitación del HCU Lozano Blesa. Hasta el momento, se han incorporado en la base de datos un total de 353 personas.

- Distribución de pacientes por año de consulta: 2014 (12 pacientes), 2015 (55 pacientes), 2016 (60 pacientes), 2017 (98 pacientes), 2018 (71 pacientes) y 2019 (57 pacientes).

- Control del seguimiento de los pacientes en la consulta: pacientes que no han completado el seguimiento: 34 paciente (9,63% del total); pacientes que lo han completado: 319 (90,37% del total).

Inclusión de los datos en proyectos de investigación:

La creación de esta base de datos ha servido de ayuda en la obtención de una muestra de pacientes para la realización de un trabajo final de máster (TFM) en el que se analizaron los resultados obtenidos tras el análisis de octubre de 2019.

Revisión trimestral de las variables registradas, con la finalidad de detectar fallos o posibles puntos de mejora de la práctica clínica. Resultados obtenidos de la revisión realizada en octubre de 2019:

- Pacientes atendidos de cada patología: los procedimientos quirúrgicos que más se han realizado han sido la hemicolectomía derecha (21%) y la sigmoidectomía (21%), seguido por la resección anterior de recto (15%), la resección anterior baja de recto (15%) y la amputación abdominoperineal (8%).

- Eficacia en la mejora de los resultados de las pruebas funcionales: los pacientes tras la prehabilitación hacen de media 50,86 metros más que en situación basal (Basal: 529,14 ± 90,40 metros; Tras intervención: 580 ± 87,04 metros). Además, al mes de la cirugía siguen presentado una mejoría respecto a la situación basal (542,86 ± 86,11 metros).

- Efecto de la prehabilitación en la mejora de los valores analíticos: los pacientes han presentado una respuesta inmunológica de menor intensidad (niveles superiores de neutrófilos y monocitos, junto a niveles inferiores de linfocitos) en comparación con muestras de pacientes no prehabilitados.

- Disminución en el número de complicaciones postoperatorias: el 67,2% de la muestra no ha tenido complicaciones postoperatorias mayores. La mayoría de las complicaciones han sido de grado I en la clasificación de Clavien-Dindo. Los pacientes prehabilitados han presentado menor incidencia de íleo postoperatorio y de fuga de anastomosis en comparación con muestras de pacientes no prehabilitados.

- Disminución en el número de días de ingreso: respecto al números de días de estancia hospitalaria tras la intervención quirúrgica, los pacientes prehabilitados han tenido una estancia media de 7,89 ± 3,46 días, 3,77 días menos en comparación con muestras de pacientes no prehabilitados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mediante esta base de datos, ha podido evaluarse la eficacia de la terapia prehabilitadora realizada en la consulta del servicio de Anestesiología y Reanimación. Esto ha permitido detectar fallos y opciones de mejora, con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención ofrecida a nuestros pacientes.

Se han cumplido de manera satisfactoria los objetivos propuestos. Durante el mes de febrero se procederá a realizar la siguiente revisión de los datos. El tener recogidos los datos de un gran número de paciente va a permitir poder tener un mejor control de nuestra actividad y poder optimizar nuestros esfuerzos en una mejor atención al paciente.

Asimismo, se han sugeridos diversos puntos de mejora para el futuro. Como, por ejemplo: inclusión del resto de cánceres atendidos en la consulta y adaptación de la base de datos para ello, recogida de un mayor número de variables, comparación de los resultados obtenidos con los resultados en la bibliografía actual…

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1282 ========== ***

Nº de registro: 1282

Título
CREACION DE UNA BASE DE DATOS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE PREHABILITACION DEL HCU LOZANO BLESA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1282

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UNA BASE DE DATOS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE PREHABILITACIÓN DEL HCU LOZANO BLESA

Autores:
GIL CLAVERO SERGIO, LAHOZ MONTAÑES MARIO, FORES LISBONA LAURA, LONGAS VALIEN JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Dentro del ámbito de la anestesiología, uno de los campos que progresivamente está cobrando mayor importancia es la prehabilitación. Esta se puede definir como aquella "intervención multidisciplinaria que tiene como objetivo utilizar el periodo preoperatorio para prevenir o atenuar el deterioro funcional del paciente relacionado con la cirugía y sus consecuencias". Con ello, se ha conseguido incrementar la capacidad funcional de los pacientes y mejorar así la respuesta fisiológica frente a las agresiones, en este caso, la cirugía.

Dados los buenos resultados que ha dado la prehabilitación tanto en la disminución de complicaciones postoperatorias como en estancia hospitalaria, consideramos que es necesaria la creación de una base de datos confidencial con el registro de todos los pacientes atendidos desde su creación en el año 2014. De esta forma, se podrá recuperar fácilmente dichos datos para evaluar la eficacia de la prehabilitación, detectar posibles fallos y opciones de mejora, con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención ofrecida a nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de una base de datos con el programa informático Access para registrar a los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas y atendidos en la consulta de Prehabilitación del HCU Lozano Blesa. Se registrarán las variables que hasta ahora se recogían en papel (sexo, edad, fecha de nacimiento y pruebas funcionales realizadas en la consulta) y se añadirán otras nuevas (relacionadas con la intervención quirúrgica, sobre el postoperatorio quirúrgico, características basales de los pacientes, marcadores hematológicos y nutricionales).

MÉTODO
Tras elaborar la base de datos, se procederá a organizar una sesión informativa con el fin de informar de su funcionamiento. Posteriormente, se procederá a introducir a los pacientes de forma retrospectiva, así como ir introduciendo de forma semanal aquellos atendidos actualmente en consulta.

INDICADORES
1. Creación de un registro informatizado de los pacientes atendidos por la Consulta de Prehabilitación del HCU Lozano Blesa: los pacientes estarán codificados, de forma que no se incluyan posibles datos identificativos en la base de datos. En ningún momento se registrarán nombres, apellidos ni cualquier variable no relevante para los objetivos planteados. Cada paciente será identificado por un código de 3 letras (en función de la patología) y el número de orden. Por ejemplo, para un paciente intervenido de cáncer colorrectal (CCR) el código será: CCR-001.
2. Revisión trimestral de las variables registradas, con la finalidad de detectar fallos o posibles puntos de mejora de la práctica clínica.
3. Evaluación de indicadores:
- Número de pacientes atendidos de cada patología
- Eficacia en la mejora de los resultados de las pruebas funcionales
- Efecto de la prehabilitación en la mejora de los marcadores hematológicos/nutricionales
- Disminución en el número de complicaciones postoperatorias
- Disminución en el número de días de ingreso
4. Posibilidad de incluir los datos en proyectos de investigación.

DURACIÓN
Calendario previsto:
- Abril de 2019: elaboración de la base de datos con el programa informático Access.
- Primera semana de mayo de 2019: realización de una sesión informativa con el personal involucrado para explicar el funcionamiento de la base de datos.
- A partir de la segunda semana de mayo de 2019: introducción de los pacientes de forma retrospectiva, así como la incorporación semanal de los nuevos pacientes.
La duración del proyecto será de 1 año, con posibilidad de prorrogación.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1282

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UNA BASE DE DATOS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE PREHABILITACIÓN DEL HCU LOZANO BLESA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1391

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANALGESIA CON REMIFENTANILO PARA EL TRABAJO DE PARTO

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARBONELL ROMERO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBERICIO GIL BELEN
SOLA GARCIA JOSE LUIS
FORNIES GIMENEZ BEATRIZ
OBON MONFORTE HERMINIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Abril-Mayo: Revisión de bibliografía.

Junio-Julio: Elaboración del protocolo y algoritmo de actuación basado en la evidencia científica, así como las hojas de registro, evaluación y satisfacción.

Agosto-Septiembre: Comunicación al servicio de anestesia y reanimación la elaboración del protocolo en una sesión clínica del servicio. Resolución de dudas.

Septiembre: Puesta en marcha del proyecto.

Enero: Análisis de los resultados, puesta en común en sesión clínica. Valorar cambios en el protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado una hoja de registro para valorar: Intensidad del dolor (EVA), saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, escala de sedación, número de rescates, incidencia de complicaciones o efectos adversos maternos (náuseas/vómitos). Todo ello se registra cada media hora hasta la finalización del parto. También se registra el APGAR al minuto y a los cinco minutos de nacer, así como el pH en la arteria y vena umbilicales y la satisfacción global de la paciente durante el trabajo de parto.
Resultados obtenidos: disminución del dolor y mejora de la calidad de la estancia hospitalaria durante el trabajo de parto. No se han observado incidencias ni a nivel materno ni a nivel fetal.
Fuentes: 1. Actualización de los protocolos Asistenciales de la sección de Anestesia Obstétrica de la SEDAR; 2da edición, 2016; 50 – 54. Disponible en: https://www.sedar.es/images/stories/documentos/Obstetricia/protocolo.pdf.
2. Weibel S, Jelting Y, Afshari A, Pace N, Eberhart LHJ, Jokinen J, Artmann T, Kranke P. Patient-controlled analgesia with remifentanil versus alternative parenteral methods for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No: CD011989. DOI: 10.1002/14651858.CD011989.pub2.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Principal limitación: El gold standard en el trabajo de parto sigue siendo la analgesia epidural/subaracnoidea (neuroaxial); quedando el remifentanilo como segunda opción en caso de contraindicación de la técnica anteriormente mencionada por lo que el número de caso es muy limitado porque raras veces contraindicación de la analgesia neuroaxial debido a que son pacientes jóvenes sin comorbilidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1391 ========== ***

Nº de registro: 1391

Título
PROTOCOLO DE ANALGESIA CON REMIFENTANILO PARA EL TRABAJO DE PARTO

Autores:
CARBONELL ROMERO MARIA, ALBERICIO GIL BELEN, SOLA GARCIA JOSE LUIS, FORNIES GIMENEZ BEATRIZ, OBON MONFORTE HERMINIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1391

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANALGESIA CON REMIFENTANILO PARA EL TRABAJO DE PARTO

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

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

PROBLEMA
El dolor del trabajo de parto presenta características peculiares que deben considerarse para su manejo adecuado. Aunque es una de las peores experiencias dolorosas que puede sufrir una mujer a lo largo de su vida, su intensidad es variable. El dolor del trabajo de parto produce no sólo sufrimiento emocional sino alteraciones fisiológicas que afectan a la madre y al feto: hiperventilación, alcalosis respiratoria severa, aumento de catecolaminas y hormonas de estrés, que pueden conducir a descompensación cardíaca o respiratoria, hipoxia feto-placentaria y acidosis fetal; o problemas psicológicos, como depresión postparto y trastorno de estrés postraumático. El anestesista debe diseñar un plan analgésico, lo más individualizado posible, considerando ventajas y contraindicaciones de cada método, patologías maternas coexistentes, vía aérea, estatus fetal, así como riesgo anticipado de cesárea.
La analgesia neuroaxial es el método analgésico de elección (“gold standard”) . Cuando la analgesia neuroaxial está contraindicada, no se desea, no está disponible o es imposible realizarla, el remifentanilo puede ser una alternativa moderadamente efectiva. Aunque cruza fácilmente la placenta, es eliminado en el neonato como resultado de un rápido metabolismo y un gran volumen de distribución. Ello reduce la probabilidad de depresión respiratoria neonatal en comparación a otros opioides. Proporciona una analgesia inferior a la epidural, si bien la satisfacción materna es similar.

RESULTADOS ESPERADOS
1.Crear un protocolo de analgesia alternativa con remifentanilo en pacientes en trabajo de parto en las que está contraindicada la analgesia neuroaxial y establecer así unas medidas terapéuticas basadas en la última evidencia científica; además de, establecer un algoritmo dinámico terapéutico que sirva como guía de decisión para los anestesistas de este centro.
2.Realizar un registro para evaluar y seguir la evolución de las pacientes para una asistencia de calidad.
3.Conocer si las estrategias planteadas han conseguido el éxito deseado.

MÉTODO
Los componentes del equipo realizaran una revisión de la bibliografía disponible tras lo cual se reunirán en varias sesiones con el fin de configurar un algoritmo que sirva de guía de actuación a los profesionales.
Una vez configurado el protocolo de actuación será puesto en conocimiento del equipo (anestesistas, ginecólogos, matronas,...) mediante una sesión clínica y se realizará un árbol de decisión que estará disponible tanto en el Servicio de Anestesia como en la 4a planta (ginecología).
Así mismo se realizará una hoja de registro para evaluar la satisfacción de las pacientes en el alivio del dolor durante el trabajo de parto, la incidencia de complicaciones tanto maternas como fetales.

INDICADORES
Se realizará una hoja de registro para valorar: Intensidad del dolor antes y después de comenzar el tratamiento (EVA),saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, escala de sedación, incidencia de complicaciones o efectos adversos maternos y fetales, satisfacción global de la paciente.
Los valores a alcanzar serán: disminuir el dolor y mejorar la calidad de la estancia hospitalaria durante el trabajo de parto, evitar la aparición de complicaciones secundarias al tratamiento.

DURACIÓN
La evaluación del proyecto se realizará analizando los datos obtenidos en la hoja de registro y comparándolos con la bibliografía disponible. Los resultados obtenidos serán comunicados en sesión clínica.
La realización del proyecto seguirá un calendario aproximado que se detalla a continuación:
Abril-Mayo: búsqueda de bibliografía.
Junio-Julio: elaboración del protocolo y algoritmo de actuación basado en la evidencia científica, así como las hojas de registro, evaluación y satisfacción.
Agosto-Septiembre: presentación en sesión clínica al servicio de anestesia, ginecología y matronas. Resolución de dudas.
Septiembre: puesta en marcha del proyecto.
Enero: análisis de los resultados, puesta en común en sesión clínica. Valorar cambios en el protocolo.

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) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1391

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANALGESIA CON REMIFENTANILO PARA EL TRABAJO DE PARTO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1201

1. TÍTULO

INSERCIÓN Y CUIDADOS DEL MARCAPASOS PROVISIONAL TRANSVENOSO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELENA ARBUES ABAD
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ JOVEN CAROLINA
IBAÑEZ TORRES MARIA
SANCHEZ MONTORI LAURA
SANZ FRANCO ANDREA
VILLA CAPELLAN BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron reuniones bimensuales del equipo de mejora.
En la fase inicial del proyecto, la cual se desarrolló de Abril a Mayo de 2019, se llevó a cabo una revisión bibliográfica de forma individual y más tarde se realizó una puesta en común del trabajo realizado.
De Junio a Agosto de 2019 se elaboró el procedimiento “Inserción y cuidados del marcapasos provisional transvenoso en la unidad de cuidados intensivos del hospital clínico universitario”.
En Septiembre se presentó en la Unidad de Calidad el mencionado procedimiento, siendo aprobado por la comisión del hospital en Diciembre.
Una vez aprobado el procedimiento se creó acceso directo en los escritorios de los ordenadores de trabajo de las enfermeras favoreciendo el acceso al mismo al resto del personal de la unidad.
Se acordó buscar un día en la unidad para realizar una sesión formativa a la espera de las nuevas incorporaciones del personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración y aprobación del procedimiento “Inserción y cuidados del marcapasos provisional transvenoso en la unidad de cuidados intensivos del hospital clínico universitario”.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante tener documentos validados para que los profesionales que integramos la unidad podamos desempeñar nuestras tareas de manera estandarizada y además dispongamos de una fuente de consulta actualizada.
Quedaría pendiente realizar sesiones formativas para el personal de la unidad, realizando una presentación del procedimiento así como de la formación directa a cuantos compañeros la soliciten individualmente o en grupos reducidos.
La continua incorporación de nuevos compañeros a la unidad hace necesario realizar esta actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1201 ========== ***

Nº de registro: 1201

Título
IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE COLOCACION DE MARCAPASOS TEMPORAL TRANSVENOSO EN EL PACIENTE CRITICO EN LA UCI DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

Autores:
ARBUES ABAD ELENA, IBAÑEZ JOVEN CAROLINA, IBAÑEZ TORRES MARIA, SANZ FRANCO ANDREA, VILLA CAPELLAN BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODO TIPO DE PACIENTE SUBSIDARIO DE LA TECNICA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1201

1. TÍTULO

INSERCIÓN Y CUIDADOS DEL MARCAPASOS PROVISIONAL TRANSVENOSO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

PROBLEMA
lLa implantación del marcapasos temporal tranvenoso (MCPT) es una técnica empleada habitualmente en unidades de cuidados intensivos (UCI). El personal que lo integra debe mantener un nivel adecuado de conocimientos relacionados con el manejo y cuidados requeridos para este tipo de pacientes.
Debido a las situaciones de urgencia que se producen en la UCI, es necesario contar con un personal correctamente formado, seguro y coordinado para proporcionar una mayor calidad y seguridad en el paciente. La importante rotación del personal de la unidad hace que esta práctica se lleve a cabo en diversidad de situaciones y áreas de trabajo.
Actualmente la "sala de marcapasos" se encuentra ubicada fuera de la unidad coronaria por lo que no es el lugar habitual de trabajo del equipo, esto hace que sea preciso el conocimiento y la disposición del material requerido para su implantación.

Dentro del equipo multidisciplinar que conforma la unidad, el papel del personal de enfermería adquiere una importancia relevante, siendo su responsabilidad tener preparado al paciente, el material y la administración de medicación; por lo que la formación actualizada es necesaria para actuar con la profesionalidad que requiere la situación.

La colocación del MCTP se utiliza en situaciones de extrema urgencia y dado que la implantación suele acompañarse de inestabilidad hemodinámica y/o eléctrica, se hace necesario tener un referente teórico que incluya los aspectos esenciales de la actuación de enfermería en los pacientes sometidos a esta técnica; ya que asegura una adecuada atención al paciente y agiliza el procedimiento, haciéndolo más seguro y de mayor calidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un procedimiento de implantación del MCPT para disminuir la variablidad de la práctica clínica aumentando la seguridad del paciente.
Afianzar la formación del personal de UCI en la colocación del MCPT.
Reducir la ansiedad del personal que participa en la colocación.

MÉTODO
Elaboración y difusión del procedimiento.
Incorporación en los soportes informáticos de la unidad.

INDICADORES
Difusión del procedimiento realizado en el servicio mediante correo electrónico o soportes informáticos.
Encuesta de evaluación al personal de UCI sobre los conocimientos previos a la implantación del procedimiento, y los adquiridos tras ello.
Porcentaje obtenido del número de procedimientos difundidos/ número de profesionales del servicio.

DURACIÓN
Los componentes del equipo participarán de forma equitativa en las diferentes actividades siendo coordinadas por el responsable del proyecto durante el periodo de abril a septiembre de 2019.
Reuniones bimensuales del equipo de mejora con puestas en común del trabajo realizado.

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 - 2019/0271

1. TÍTULO

MODULACION DE LA DEMANDA DE MARCADORES TUMORALES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... EMMA MARIA LARA NAVARRO
· Profesión ..... BIOQUIMICO CLINICO
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FABRE ESTREMERA MARTA
JULIAN ANSON MARIA ANGEL
RUIZ BUDRIA JOSE
PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE
CASTILLO ARCE MARIA DE LOS ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión de las publicaciones y guías clínicas publicados en los últimos años con el objetivo de repasar su utilidad y su consideraciones analíticas .
- Puesta en común de la revisión bibliográfica en diferentes sesiones del grupo de trabajo en el primer trimestre del año.
- Aplicación de reglas de modulación de la demanda en función de la vida media de los diferentes marcadores tumorales, características preanalíticas de la muestra así como datos clínicos obtenidos de otros parámetros bioquímicos que pueden influir en la concentración de marcadores tumorales. Actualización de las reglas del Sistema Informático de Laboratorio para implantar estas reglas.
o No hacer SCC ni S100 en pacientes con enfermedad renal (FG< 60 ml/min/1,73 m2).
o No hacer la determinación de los marcadores tumorales si tienen una determinación previa hasta 15 días antes a excepción de la alfafetoproteína.
o No hacer la determinación de alfafetoproteína si tiene una determinación realizada hasta 7 días antes.
o No hacer Enolasa si existe un grado de hemólisis >10

- Estimación del ahorro económico en reactivos que han supuesto la instauración de estas reglas de gestión de la demanda.

Marcador	2017	2018	Diferencia	Dif % 17/18	€/marcador	Ahorro €
AFP	3026	2731	-295	-9,7	1,57	463,15 €
CA 125	2515	2201	-314	-12,5	2,47	775,58 €
CA 15,3	4056	2781	-1275	-31,4	2,16	2.754,00 €
CA 19,9	4316	4258	-58	-1,3	2,25	130,50 €
CA 72,4	785	681	-104	-13,2	8,14	846,56 €
CEA	10722	10716	-6	-0,1	1,32	7,92 €
CYFRA 21451	434	-17	-3,8	4,54	77,18 €	
ENOLASA 1098	1024	-74	-6,7	4,92	364,08 €	
PSA	18726	18345	-381	-2,0	1,43	544,83 €
PSA L	2924	2948	24	0,8	3,57	85,68 €
S100	550	505	-45	-8,2	10,89	490,05 €
SCC	650	662	12	1,8	9,36	112,32 €
Total	49819	47286	-2533	-5,1		6.255,85 €

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Resultados alcanzados

En el año 2016 se realización 47.766 determinaciones de marcadores tumorales, en el año 2017 49.817 y en el año 2018 47.286. La aplicaciones de reglas de modulación de la demanda ha supuesto un ahorro directo de 6256 euros en el año 2018 respecto el 2017. Los marcadores que tuvieron una disminución más objetiva de determinaciones fueron: CA-15.3, CA-72.4 and CA-125 con una disminución de 31,4%, 13,2% and 12,5%, respectivamente.

- Se ha alcanzado un 100% de implantación de gestión de la demanda en los marcadores en estudio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La aplicación de reglas de modulación de la demanda tiene un impacto directo en la salud del paciente. En concreto, la correcta petición de los marcadores tumorales (Consideraciones preanaliticas, tiempo de repetición etc) tiene un efectos directos tanto en la interpretación de los mismos como económicos. El laboratorio tiene un papel fundamental para asegurar la correcta petición de los marcadores tumorales. En este protecto se ha demostrado como una correcta modulación de la demanda, hace disminuir el número de determinaciones, ayudando a una correcta interpretación y una mayor coste-efectividad.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0271

1. TÍTULO

MODULACION DE LA DEMANDA DE MARCADORES TUMORALES

*** ========== Resumen del proyecto 2019/271 ========== ***

Nº de registro: 0271

Título
MODULACION DE LA DEMANDA DE MARCADORES TUMORALES

Autores:
LARA NAVARRO EMMA MARIA, FABRE ESTREMERA MARTA, JULIAN ANSON MARIA ANGEL, RUIZ BUDRIA JOSE, PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE, CASTILLO ARCE MARIA DE LOS ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La gestión de la demanda de pruebas del laboratorio es una obligación compartida entre el laboratorio clínico y los servicios solicitantes. Los marcadores tumorales están asumiendo un papel creciente en el ámbito oncológico, desde la detección hasta el seguimiento del tratamiento. Un valor por sí mismo no es significativo. Lo ideal es repetir el marcador tumoral aproximadamente 20 días después para obtener una evidencia de su evolución. Enfermedades benignas pueden provocar discretos aumentos de los marcadores tumorales. Un incremento progresivo, en general > 30% en 2 determinaciones seriadas es altamente indicativo de enfermedad neoplásica. Esta gestión es importante desde la perspectiva del laboratorio, especialmente para una correcta interpretación y un uso rentable de los recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es aplicar reglas de modulación de la demanda de los marcadores tumorales y realizar un estudio coste-efectivo tras la aplicación de las mismas.

MÉTODO
- Revisión bibliográfica de los marcadores tumorales disponibles en la cartera de Servicio de Bioquímica.
- Revisión de las condiciones preanalíticas, fisiológicas y patológicas que pueden alterar la concentración de los marcadores tumorales.
- Reunión de grupo de trabajo para establecer los cambios necesarios a nivel interno del laboratorio en todas las fases del proceso analítico.
- Aplicación de las reglas de modulación de la demanda para cada marcador tumoral en función de sus características:
o No hacer SCC ni S100 en pacientes con enfermedad renal (FG< 60 ml/min/1,73 m2).
o No hacer la determinación de los marcadores tumorales si tienen una determinación previa hasta 15 días antes a excepción de la alfafetoproteína.
o No hacer la determinación de alfafetoproteína si tiene una determinación realizada hasta 7 días antes.
- Realizar un estudio coste efectivo de las determinaciones realizadas de marcadores tumorales de los últimos 3 años
- Revisar mensualmente las consecuencias de la aplicación de estas reglas de modulación (Número de peticiones no realizas y repercusión económica).

INDICADORES
Ratio de peticiones realizadas / peticiones recibidas en la sección de Marcadores Tumorales.

DURACIÓN
Finalización del proyecto en Diciembre 2019. Seguimiento en años sucesivos del proyecto para incorporar nuevas reglas de modulación de la demanda en función del tipo de petición (Ambulatoria, consultas externas, hospitalización)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0271

1. TÍTULO

MODULACION DE LA DEMANDA DE MARCADORES TUMORALES

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0741

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL VALOR DE REFERENCIA DEL CAMBIO EN LOS PARAMETROS ANALITICOS DE BIOQUIMICA AUTOMATIZADA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE RUIZ BUDRIA
· Profesión ..... QUIMICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
APARICIO PELAZ DIEGO
LATORRE GARCES VIOLETA
LARA NAVARRO EMMA MARIA
MORENO GAZQUEZ INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas en este proyecto de mejora fueron:
- Cálculo de la variabilidad analítica para las magnitudes medidas en bioquímica automatizada. Este cálculo se realizó con los datos obtenidos diariamente durante el año 2019.
- Cálculo del valor de referencia del cambio (VRC) para estas magnitudes con una imprecisión menor o igual a la mitad de la variabilidad biológica intra-individual con los datos obtenidos durante el año 2019.
- Realización en enero de 2020 de una calculadora para el VRC que podrá ser utilizada por el personal sanitario que lo requiera.
- Implantación en 2020 de la calculadora dentro de la Intranet del sector III del servicio de bioquímica clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto ha sido monitorizado mediante el cálculo diario de los coeficientes de variación analítica para las magnitudes medidas en bioquímica automatizada. Con estos coeficientes se ha podido calcular el VRC y realizado una calculadora que estará disponible en la intranet del sector III para el uso del personal sanitario. Las instrucciones de uso de esta calculadora están indicadas en el propio archivo, donde el personal necesitará únicamente el valor actual de la magnitud a comparar y el valor del resultado anterior para poder realizar el cálculo automáticamente. Sin embargo, dentro de las situaciones patológicas donde el coeficiente de variación intra-individual es distinto, no se ha realizado el cálculo para el VRC. Por lo que, el personal sanitario solo dispondrá de la opción de cálculo de VRC para aquellos pacientes que no presenten una patología de base. Finalmente, durante este proyecto de mejora se reevaluó la implantación de este cálculo en el sistema informático de laboratorio (SIL) y se decidió su implantación en la intranet del sector III.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha realizado una calculadora del VRC que estará disponible para el personal sanitario en la cual se puede interpretar de una manera más correcta los cambios de estado de salud de los pacientes. Sin embargo, esta hoja no contempla los casos en los que existe una patología de base. La implantación de la calculadora se realizará durante el año 2020 ya que los cálculos se han realizado durante todo el año 2019. Tras una reevaluación del proyecto se decidió excluir este cálculo del SIL e incluirlo en la intranet del sector III del servicio de bioquímica clínica, de este modo los cálculos estarán disponibles para todo el personal sanitario y no solo para aquellas personas con acceso al SIL. Finalmente, cabe destacar que durante el año 2020 se procederá a un nuevo cálculo anual de los coeficientes de variación analítica y por lo tanto en enero de 2021 se podrá actualizar la calculadora ya existente.

7. OBSERVACIONES.
La implantación de la calculadora se encuentra en estos momentos en proceso, habiendo sido ya revisada por el jefe de servicio y próximamente se realizarán las gestiones oportunas para su total implantación por los informáticos.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/741 ========== ***

Nº de registro: 0741

Título
INTRODUCCION DEL VALOR DE REFERENCIA DEL CAMBIO EN LOS PARAMETROS ANALITICOS DE BIOQUIMICA AUTOMATIZADA

Autores:
RUIZ BUDRIA JOSE, APARICIO PELAZ DIEGO, LATORRE GARCES VIOLETA, LARA NAVARRO EMMA MARIA, MORENO GAZQUEZ INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0741

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL VALOR DE REFERENCIA DEL CAMBIO EN LOS PARAMETROS ANALITICOS DE BIOQUIMICA AUTOMATIZADA

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

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

PROBLEMA
Toda magnitud biológica medida en el laboratorio clínico tiene una variación inherente: la variación biológica y el error aleatorio del método utilizado. Para la interpretación de los resultados en valores consecutivos se pueden utilizar como parámetros estadísticos tanto el valor de referencia del cambio (VRC) como el delta check, valorando así el cambio de estado de un paciente. En la actualidad se utiliza el delta check, el cual mide el porcentaje de aumento o disminución entre dos valores sucesivos. Sin embargo, este parámetro solo alerta sobre cambios significativos entre resultados pero no está relacionado con el estado de salud del paciente. Para abordar este estado sería mejor utilizar el valor de referencia del cambio, ya que este engloba la regulación homeostática permitiendo ver cambios significativos incluso dentro del intervalo de referencia poblacional. De este modo se reconocerían cambios en el estado de equilibrio de un paciente siendo este parámetro un valor de referencia intra-individual.

RESULTADOS ESPERADOS
Introducción del VRC para las magnitudes medidas en bioquímica automatizada, siendo la población diana todos los pacientes que tengan al menos dos analíticas realizadas por nuestro servicio. Este objetivo será de gran aportación para la atención sanitaria ya que se interpretarán de una manera más correcta los cambios de estado de salud de los pacientes.

MÉTODO
Las actividades llevadas a cabo serán:
- Cálculo del valor de referencia del cambio para todas aquellas magnitudes medidas con una imprecisión menor o igual a la mitad de la variabilidad biológica intra-individual.
- Dentro de las situaciones patológicas en las cuales el coeficiente de variación intra-individual es distinto cuando existe patología que cuando el paciente esté sano, se realizará el cálculo del VRC para cada una de estas patologías en la magnitud a medir.
- Introducción en el sistema informático del laboratorio (SIL) de estos parámetros.

INDICADORES
El proyecto será monitorizado a través de la implantación de los nuevos parámetros en el SIL.

DURACIÓN
El proyecto finalizará en diciembre de 2019, primero se introducirán los VRC para magnitudes que no difieren en presencia de patología y tras esto se introducirán para las magnitudes que sí difieren.

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 - 2019/0747

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA TEMPERATURA EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE CENTROS PERIFERICOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... DIEGO APARICIO PELAZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE
JULIAN ANSON MARIA ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas en esta mejora de la calidad fueron:
- Durante los meses de mayo y junio se realizó la informatización del registro de temperaturas, creándose una hoja Excel en la cual quedan registradas las temperaturas tanto medidas manualmente como las descargadas directamente desde las sondas “mini spy Green”. También se realizó un protocolo para el correcto cumplimiento de esta hoja de registros y el cambio de baterías de las sondas por parte del personal de enfermería de la unidad central del laboratorio (UCL).
- Durante el mes de noviembre de 2019 se realizaron procesos de reparación de la mayoría posible de sondas “mini spy Green” defectuosas.
- Las sondas reparadas fueron introducidas en sus contenedores correspondientes.
- Durante todo el periodo de realización de este proyecto se instruyó al personal de enfermería sobre el manejo de las sondas, descarga de los datos, cambio de baterías y registro de datos en la nueva hoja de registros tanto de los datos procedentes de las sondas como de los datos recogidos manualmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La evaluación de este proyecto se ha realizado mediante diferentes indicadores. En primer lugar, la comprobación del número de contenedores que no contienen sonda o no descargan datos se realizó mediante una estadística con el registro de temperaturas anotadas de forma manual. El resultado estadístico anual fue que un 27% del total de contenedores no incluyen sonda o la sonda que contienen está defectuosa. Durante el mes de noviembre se produjo la reparación de sondas, lo que conllevó en una disminución del 9% en este número de contenedores a finales del periodo de este proyecto de mejora. En segundo lugar, la descarga y registro de datos por el personal de enfermería tras la realización de la nueva hoja de registro informatizado ha sido exitosa, quedando registradas todas las temperaturas en función del día y contenedor con la posibilidad de hacer estadísticas de forma intuitiva directamente desde esta hoja de cálculo. Sin embargo, no ha sido posible medir el porcentaje de datos descargados automáticamente en relación al número de sondas. Esto fue debido a que durante los meses de realización de este proyecto cuando se cambiaba la pila de alguna de las sondas, está quedaba fuera del contenedor durante un pequeño periodo de tiempo por lo que la estadística no hubiera sido representativa. Por último, el registro de las temperaturas permite la visualización rápida y sencilla de los datos de cada uno de los contenedores recibidos. Por lo tanto, una incidencia en los contenedores que sobrepasen cierta temperatura podrá ser notificada de manera sencilla al facultativo responsable de la UCL por el personal de enfermería. No obstante, durante el año 2019 no se produjo ninguna incidencia crítica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La monitorización de la temperatura en el transporte de muestras desde centros periféricos se ha realizado mediante la creación de una hoja de registro de datos. Esta hoja permite la visualización de las temperaturas tanto medidas manualmente como de las temperaturas que se descargan automáticamente desde las sondas “mini spy green”. Se han realizado los cambios de baterías oportunos al igual que la reparación de las sondas defectuosas, obteniéndose como resultado una mejora en el número de contenedores que contienen sondas en perfecto funcionamiento. Sin embargo, la introducción de nuevas sondas ha quedado pendiente ya que estas requieren una instalación llevada a cabo por un especialista del Servicio de Asistencia Técnica de Nirco. Durante el año 2020 se configurarán y se pondrán en uso las sondas nuevas y se procederá a una reevaluación para poder mejorar de este modo el número total de contenedores con sondas que funcionen correctamente.

7. OBSERVACIONES.
La evaluación de este proyecto pone en evidencia que la descarga fallida de las sondas no se debe únicamente a un defecto en las mismas o un agotamiento de su batería, sino que también se ha dado la circunstancia de que el enrutador encargado de la descarga no funcione correctamente a tiempo completo. Este hecho se pondrá en conocimiento del Servicio Técnico durante el año 2020.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/747 ========== ***

Nº de registro: 0747

Título
MONITORIZACION DE LA TEMPERATURA EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE CENTROS PERIFERICOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0747

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA TEMPERATURA EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE CENTROS PERIFERICOS

Autores:
APARICIO PELAZ DIEGO, PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE, JULIAN ANSON MARIA ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
Las muestras biológicas extraídas en los centros periféricos son transportadas, en neveras portátiles con acumuladores de frío, hasta la unidad central del laboratorio (UCL) del hospital. La temperatura interior de estas neveras no debe exceder los 20 ºC en ningún momento del transporte para garantizar la estabilidad de los parámetros a analizar. La necesidad de monitorizar esta temperatura condujo a la introducción de registradores de temperaturas (datalogger) en las neveras, los cuales miden la temperatura durante todo el trayecto y descargan los resultados a su llegada a la UCL. En la actualidad, la temperatura de las neveras ya se está registrando, sin embargo, quedan campos para la mejora en varios aspectos, como son la homogeneización de actividades, facilitación de registros, redacción de instrucciones, etc…

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal de este proyecto es la monitorización correcta de la temperatura en las neveras procedentes de los centros periféricos, de este modo se pueden detectar y disminuir las incidencias relacionadas con el proceso preanalítico de las muestras y adecuar el proceso a la norma de calidad UNE-EN-ISO-15189. Para ello se desarrollarán los siguientes objetivos:
- Introducción de los datalogger en todas las neveras siempre que la disponibilidad lo permita.
- Realización de instrucciones de descarga, procesamiento y registro de datos procedentes de las sondas, así como del cambio de baterías por parte del personal de enfermería.
- Formación sobre las posibles incidencias, registro y notificación de las temperaturas y sondas durante el transporte.

MÉTODO
Dentro de las diferentes acciones previstas para esta mejora de la calidad se pueden incluir:
- Reparación y cambio de baterías en los dataloggers antiguos y compra de nuevos.
- Incluir dataloggers en perfecto funcionamiento dentro del número máximo posible de neveras.
- Realizar protocolos de actuación para la descarga y registro de datos. Al igual que para el cambio de baterías cuando fuera necesario.
- Actividades de formación para el personal de enfermería en relación al buen manejo de los registradores, cambio de los mismos, registro de datos y medidas de temperatura manual, así como la notificación de valores anormales de temperatura y registro de incidencias.
- Realizar todas estas acciones teniendo en cuenta las especificaciones de la calidad impuestas por la norma UNE-EN-ISO-15189.

INDICADORES
La evaluación de este proyecto se realizará midiendo diferentes indicadores de calidad:
- Medición del porcentaje de neveras que contienen dataloggers respecto al total periódicamente hasta el final de este proyecto, así se comprobará que el mayor número posible de neveras los contienen.
- Comprobación de la descarga y registro por parte del personal de enfermería, midiéndose el porcentaje de descargas correctas en relación al número de registradores incluidos en neveras.
- Comprobación de la existencia de la realización de los documentos referentes a las instrucciones y formación del personal de la UCL implicados en estos procesos.

DURACIÓN
Cada actividad se realizará paulatinamente desde el principio del proyecto y durante un año de duración. De este modo se tendrán en cuenta las posibles incidencias y realizaran los arreglos oportunos de cada una de ellas para lograr el mejor rendimiento global posible. Los indicadores se medirán mes a mes hasta diciembre de 2019, fecha de finalización de este proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0747

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA TEMPERATURA EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE CENTROS PERIFERICOS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0803

1. TÍTULO

AUTOMATIZACIÓN DE LA IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEÍNAS SÉRICAS POR NEFELOMETRÍA

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ARRUEBO MUÑIO
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIGUERA SARABIA NOELIA
RUIZ MODREGO ANA CRISTINA
BENITO TRONCOSO RAQUEL
FRANCO CUARTERO JAVIER
JULIAN ANSON MARIA ANGEL
RAMOS ALVAREZ MONICA
MENAO GUILLEN SEBASTIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para el cumplimiento del Proyecto, la reducción de la incidencia de posibles errores preanalíticos, en la sección de Nutrición del Laboratorio de Bioquímica se realizaron una serie de cambios para automatizar el proceso de identificación de las muestras y de las peticiones correspondientes a cada una de ellas en el nefelómetro BNII.
Las acciones realizadas son las siguientes:
- Puesta en marcha de un sistema de lector de código de barras para la identificación inequívoca del paciente.
- Cambio de configuración del analizador a "host query" para comunicar el analizador con el sistema informático del laboratorio, lo que permite la identificación inequívoca de las pruebas solicitadas a cada paciente.
- Reuniones con la casa comercial y la empresa responsable del sistema informático del laboratorio para coordinar todo el proyecto.
- Formación del personal técnico de la nueva metodología de trabajo
Todas estas acciones se llevaron a cabo desde el inicio del proyecto hasta octubre, fecha a partir de la cual se introdujo en la práctica diaria de la sección.
Como recursos materiales, únicamente fueron necesarios los disponibles en la sección de Nutrición del Laboratorio de Bioquímica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado en el proyecto es la automatización del proceso de identificación de las muestras y las peticiones asociadas a cada muestra, con la consecuente reducción de la incidencia de posibles errores preanalíticos.
Este proceso se realizaba anteriormente de forma mas manual, lo que podía llevar a errores preanalíticos en la identificación incorrecta de la muestra y en la identificación errónea de las pruebas pedidas a cada paciente, errores minimizados con la incorporación del proceso automatizado.
El proyecto tiene un claro impacto en el paciente, ya que los resultados del Laboratorio Clínico son esenciales para la seguridad del mismo, por lo que es importante reducir al máximo los posibles errores, especialmente los de la fase preanalítica por ser los mas frecuentes, para mejorar la calidad de los mismos.
Los indicadores utilizados para el proyecto:
- la puesta en funcionamiento de la identificación automárica de pacientes mediante código de barras: SI
- cambio de configuración del nefelómetro para la identificación de las pruebas de cada paciente: SI
- % identificados mediante código de barras: 100% desde octubre del 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del proyecto es claramente positiva por contribuir a la mejora de los datos de laboratorio, lo que repercute directamente en la calidad de los mismos y la seguridad del paciente. Los objetivos han sido cumplidos en su totalidad, y el proyecto ha quedado instaurado en el laboratorio dentro de su rutina habitual, sustituyendo al anterior sistema.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/803 ========== ***

Nº de registro: 0803

Título
AUTOMATIZACION DE LA IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS PARA LA DETERMINACION DE PROTEINAS SERICAS POR NEFELOMETRIA

Autores:
ARRUEBO MUÑIO MARIA, VIGUERA SARABIA NOELIA, RUIZ MODREGO ANA CRISTINA, BENITO TRONCOSO RAQUEL, FRANCO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0803

1. TÍTULO

AUTOMATIZACIÓN DE LA IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEÍNAS SÉRICAS POR NEFELOMETRÍA

CUARTERO JAVIER, JULIAN ANSON MARIA ANGEL, RAMOS ALVAREZ MONICA, MENAO GUILLEN SEBASTIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
Los resultados del Laboratorio Clínico son esenciales para la seguridad del paciente, por lo que es importante reducir al máximo los posibles errores para mejorar la calidad de los mismos.
En un laboratorio clínico se pueden diferenciar claramente tres fases: preanalítica, analítica, y postanalítica. La mayor parte de los errores producidos en el laboratorio clínico tienen lugar en la fase preanalítica (71%), que incluye todos los procesos desde la petición de la prueba por parte del médico solicitante hasta el comienzo del proceso analítico propiamente dicho. Una importante reducción de estos errores preanalíticos se consigue evitando o minimizando errores en la identificación de las muestras del paciente, que suponen uno de los problemas con mayor índice de factor de riesgo para provocar un evento adverso en el paciente.

Actualmente, en la sección de Nutrición del Laboratorio de Bioquímica, la preparación de las muestras para la determinación de proteínas séricas por nefelometría, se basa en un proceso manual que consiste en el transvase de la muestra del tubo primario a un tubo de plástico previamente rotulado con la identificación de los pacientes por el personal técnico. Estos tubos son ordenados a mano siguiendo una lista de trabajo e introducidos en el analizador, que realiza las mediciones correspondientes. Tanto la identificación como la colocación de las muestras en el orden correspondiente son realizados de forma manual, lo que puede llevar a importantes errores preanalíticos en la identificación incorrecta de la muestra clínica de los pacientes y en la identificación errónea de las pruebas pedidas a cada paciente.

La posibilidad de error en la identificación de las muestras puede evitarse mediante la utilización de sistemas electrónicos de códigos de barras para la identificación inequívoca de las muestras y de las peticiones correspondientes a cada una de ellas.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir la incidencia de posibles errores preanalíticos de identificación de las muestras de pacientes en las determinaciones realizadas en el nefelómetro BNII de la sección de Nutrición del Laboratorio de Bioquímica mediante la automatización del proceso de identificación de las muestras.

MÉTODO
Para reducir los posibles errores preanalíticos en la identificación de muestras en la determinación de proteínas por nefelometría de la sección de Nutrición se van a realizar cambios en el proceso para la automatización del mismo. Se utilizará un sistema de lector de código de barras para la identificación inequívoca del paciente y se procederá al cambio de configuración de la forma de trabajo actual “carga de archivos” a la forma automática “host query” en la que se produce una comunicación bidireccional entre el analizador y el sistema informático del laboratorio (S.I.L.) para la identificación inequívoca de las pruebas solicitadas a cada paciente. Para llevar a cabo este proceso se llevarán a cabo reuniones tanto con la casa comercial del equipo (Simenes) como con la empresa encargada del sistema informático del laboratorio (Werfen) para estudiar los cambios de configuración necesarios para la automatización.
Posteriormente se llevará a cabo la formación al personal técnico de la nueva metodología de trabajo.

INDICADORES
Indicadores:
- Puesta en funcionamiento de la identificación automática de pacientes mediante código de barras: SI/NO
- Cambio de configuración del nefelómetro para la identificación de las pruebas asignadas a cada paciente: SI/NO
- % de tubos identificados mediante código de barras

Para evaluar el impacto de la automatización del proceso y la modificación de la rutina de trabajo, se realizarán reuniones periódicas con todas las partes implicadas para la estudiar la evolución del proyecto, profundizar en los cambios realizados y futuras mejoras a implantar.

DURACIÓN
La automatización del proceso de identificación de muestras de las peticiones de proteínas de la sección de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0803

1. TÍTULO

AUTOMATIZACIÓN DE LA IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEÍNAS SÉRICAS POR NEFELOMETRÍA

Nutrición del Laboratorio de Bioquímica se organizará a lo largo de los tres meses siguientes al inicio del proyecto, incluyéndose a partir de ese momento en la práctica diaria de la sección.

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 - 2019/1129

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DEL INTERVALO DE REFERENCIA BIOLOGICO PARA LA VITAMINA B12 Y ACIDO FOLICO EN LA POBLACION DE ARAGON

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESTHER SOLE LLOP
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO GREGORIO EDUARDO
BONED JULIANI BEATRIZ
PALLARES LLOMBART SILVIA
SANCHO VAL LUIS IGNACIO
ZAKARIYA-YOUSEF BREVAL FATIMA
LLORENTE FERNANDEZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se determinó la concentración de ácido fólico, vitamina B12 y homocisteína en 350 individuos sanos, donantes de sangre procedentes del banco de sangre y tejidos de Aragón, 175 hombres y 175 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 72 años. Para ello, se obtuvieron muestras de suero en las que se analizaron las 3 magnitudes a estudio, en el sistema analítico Cobas 6000 (Roche Diagnostics). La homocisteína se analiza con el fin de descartar déficits enmascarados en pacientes que presentan Homocisteína > 15 umol/L.

Previamente a la recogida de las muestras y como parte del sistema protocolizado en el BSTA, se solicitó el consentimiento informado a los donantes de sangre.

Posteriormente se estableció el intervalo de referencia (IR) siguiendo los criterios incluidos en la guía "Guidelines for determining reference values and reference intervals for quantitative clinical laboratory tests" C28-P3 - Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Esta guía sigue las recomendaciones de la IFCC. Se utilizaron dos paquetes estadísticos para el análisis de los datos: Analize-it® y SPSS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Siguiendo las recomendaciones de la IFCC, se estableció el intervalo de referencia, definido cómo el 95% central de la población de referencia (Percentiles 2.5 y 97.5) mediante el método de cálculo de percentiles no paramétrico.

Los resultados se representaron en un histograma de frecuencias, incluyendo su mediana, rango y el primer y tercer cuartil.
Se compararon los resultados entre hombres y mujeres, y no se encontraron diferencias significativas (test de homogeneidad de varianzas de Brown-Forsythe para poblaciones no paramétricas p=0,3816; Vitamina B12 y p=0.1244; ácido fólico), lo que llevó a no realizar partición de la muestra.

Para el estudio de la normalidad de la distribución se utilizó el test de Shapiro-Wilks (recomendado para muestras con n <5.000). que demostró la distribución no paramétrica (p<0.0001; Vitamina B12 y ácido fólico). El test de Tukey se utilizó para identificar posibles outliers (observaciones que exceden 3 veces el rango intercuartílico; 3x IQR) que fueron eliminados. Además, también se detectaron posibles outliers más cercanos (1,5 x IQR) que no se excluyeron, ya que su presencia no influye significativamente el cálculo del IR por el método de percentiles no paramétrico.

Los resultados obtenidos para el Intervalo de Referencia de vitamina B12 fueron:
B12 fueron:
- n= 285
- mediana: 418,60 pg/mL
- P 2,5: 226,28 pg/mL
- P 97,5: 862,56 pg/mL

Y para ácido fólico:
- n= 286
- mediana: 6.78 ng/mL
- P 2,5: 2,18 ng/mL
- p 97,5: 16,02 ng/mL

Se calcularon los siguientes indicadores, analizando 2192 pacientes (3 meses: abril a junio 2019):

• % de déficits diagnosticados en base a IR previo:
Déficit de Ácido Fólico: 24.03%
Déficit de Vitamina B12: 7.11%

• % de déficits diagnosticados en base a nuevos IR
Déficit de Ácido Fólico: 2.55%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1129

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DEL INTERVALO DE REFERENCIA BIOLOGICO PARA LA VITAMINA B12 Y ACIDO FOLICO EN LA POBLACION DE ARAGON

Déficit de Vitamina B12: 13.04 %

• Diferencia en el % de déficits diagnosticados con nuevos IR respecto a los utilizados previamente.
Para el Ácido fólico, la diferencia de pacientes a los que se les diagnostica un déficit es significativamente inferior con el nuevo intervalo de referencia. Lo que nos lleva a concluir que se estaban sobrediagnosticando déficits que no eran tales en nuestra población.
Respecto a la vitamina B12, ocurre lo contrario, se han infradiagnosticado déficits de esta vitamina.
La significación de estas diferencias se ha calculado mediante el test chi-cuadrado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha resultado de gran utilidad, ya que es recomendable y de gran importancia clínica, que se establezcan valores de referencia para la población sobre la que se van a tomar decisiones clínicas. Además, en los hospitales de nuestra CCAA, la mayoría de los laboratorios trabajamos con el método empleado en este estudio, por lo que los intervalos de referencia pueden ser armonizados garantizándose de este modo la equivalencia de los resultados y su interpretación en los diferentes centros.
Queda pendiente que, en el Grupo de Trabajo sobre armonización de los laboratorios del Salud. Se realizará en este próximo año 2020.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1129 ========== ***

Nº de registro: 1129

Título
ESTABLECIMIENTO DEL INTERVALO DE REFERENCIA BIOLOGICO PARA LA VITAMINA B12 Y ACIDO FOLICO EN LA POBLACION DE ARAGON

Autores:
SOLE LLOP MARIA ESTHER, ALONSO GREGORIO EDUARDO, BONED JULIANI BEATRIZ, PALLARES LLOMBART SILVIA, SANCHO VAL LUIS IGNACIO, ZAKARIYA-YOUSEF BREVAL FATIMA, LLORENTE FERNANDEZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La anemia megaloblástica es más frecuente en edades avanzadas y se debe usualmente a un déficit de vitamina B12 o ácido fólico, ambos necesarios para la síntesis de DNA y para la maduración nuclear. El déficit de vitamina B12 se produce por una ingesta insuficiente (vegetarianismo) o bien por una malabsorción intestinal, como ocurre en la anemia perniciosa por déficit de Factor intrínseco (anemia perniciosa de Biermer) de posible origen autoinmune. El déficit de ácido fólico puede deberse a una ingesta inadecuada de los alimentos que lo contienen, un consumo aumentado en situaciones como embarazo, crecimiento, anemias hemolíticas o un bloqueo medicamentoso de su absorción o su metabolismo producido por citostáticos antagonistas del ácido fólico. Una dieta equilibrada proporciona las necesidades diarias de ácido fólico que se absorbe en el intestino delgado y se almacena en el hígado.
Hay que tener en cuenta que la concentración de estas magnitudes depende en gran parte de la población analizada y de sus hábitos de vida y dietéticos, así como del área geográfica de donde proceden. Estos factores tienen un impacto directo en las concentraciones de estos analitos en individuos “aparentemente sanos”.
Por este motivo, es importante que cada laboratorio o área geográfica, establezca con su población, el intervalo de referencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1129

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DEL INTERVALO DE REFERENCIA BIOLOGICO PARA LA VITAMINA B12 Y ACIDO FOLICO EN LA POBLACION DE ARAGON

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto consiste en establecer valores de referencia en la población aragonesa.
Establecer el intervalo de referencia (IR) de ácido fólico y vitamina B12 en población de Aragón de manera que se puedan interpretar de forma adecuada y armonizada los resultados de estas determinaciones.

MÉTODO
- Determinación de la concentración de ácido fólico, vitamina B12 y homocisteína en 350 donantes procedentes del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón, 175 hombres y 175 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 72 años. El análisis de las 3 magnitudes se realizará en el sistema analítico Cobas 6000 (Roche Diagnostics) en 350 muestras de suero. La homocisteína se analiza con el fin de descartar déficits enmascarados en pacientes que presentan Homocisteína > 15 umol/L
- Solicitud de consentimiento informado a los donantes
- Determinación del intervalo de referencia siguiendo la guía “guidelines for determining reference values and reference intervals for quantitative clinical laboratory tests” C28-P3 - Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI)

INDICADORES
Al finalizar el estudio, se calculará un nuevo IR, que se podrá extrapolar a todos los laboratorios del Salud que utilicen el mismo método e instrumento.
Evaluación, con respecto a los nuevos IR, de los diagnósticos relacionados con el déficit de vitamina B12 y ácido fólico
Indicadores:
- % de déficits diagnosticados en base a nuevos IR
- % de déficits diagnosticados en base a IR previo
- diferencia en el % de déficits diagnosticados con nuevos IR respecto a los utilizados previamente

DURACIÓN
Primer semestre de 2019
Evaluación de las muestras y análisis de resultados.

Segundo semestre de 2019
Información de los resultados a todos los miembros del grupo de armonización de los laboratorios del SALUD para la posible implementación del nuevo intervalo de referencia en los laboratorios que utilizan el mismo método.

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 - 2019/0958

1. TÍTULO

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE FICHAS DE CONSULTA PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS URGENTES EN EL HCULB

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ARACELI CALVO LATORRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO PEREZ MARTA
EZPELETA BADENAS ROCIO
GOMEZ NAVARRO MARIA DE LA ASUNCION
UTRILLA IBUARBEN MARTA
AVILA NAVARRO MONICA
GARCIA VAZQUEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
I. FASE I: Recogida de información y análisis de datos
- Revisión con la supervisora de recursos humanos de la proporción de personal nº de temporal que trabaja en el bloque quirúrgico (2ª quincena febrero 2019).
- Estudio de la estadística de las intervenciones quirúrgicas urgentes más frecuentes en HCU (1ª quincena marzo 2019).

II. FASE II: elección, preparación y realización de las fichas (marzo- abril de 2019).
- Elección de las intervenciones quirúrgicas urgentes para el sistema de fichas.
- Elaboración del modelo a seguir para el diseño de las fichas.
- Búsqueda bibliográfica de las técnicas quirúrgicas.
- Determinación, por acuerdo, de la distribución del mobiliario quirúrgico y la posición del personal sanitario en cada intervención.
- Elaboración de dibujos con las posiciones quirúrgicas.
- Revisión y validación de las fichas por parte de los miembros del equipo.

III. FASE III: difusión al personal del bloque quirúrgico del sistema de fichas y su localización
- Impresión y plastificación de las fichas en formato papel DIN A4.
- Distribución de las fichas en los quirófanos.
- Almacenamiento informático de las fichas en formato pdf en los equipos informáticos estratégicos del bloque quirúrgico.
- Realización de sesión informativa dirigida al personal de enfermería con el objetivo de presentar las fichas y dar a conocer la localización de las mismas dentro del bloque quirúrgico.
- Presentación y aprobación por la unidad de calidad del centro.
- Difusión de las fichas en la intranet del sector III
- Diseño de la encuesta de evaluación de la utilidad del sistema de fichas.
- Difusión de encuesta y análisis de resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado principal es la obtención de un sistema de fichas en soporte papel e informático que mejora el conocimiento de los profesionales sobre la preparación de material, distribución del aparataje y del personal en quirófano, de la colocación del paciente y de la técnica quirúrgica de las intervenciones urgentes más frecuentes. Las fichas proporcionan una mejor accesibilidad a la información dado que son un método rápido de consulta, además optimizan los recursos materiales en las intervenciones al evitar apertura de material no necesario.
En total se han elaborado 22 fichas de intervenciones quirúrgicas urgentes según especialidades quirúrgicas:
- Angiología y Cirugía Vascular: Implante de marcapasos; embolectomía/trombectomía; Atención quirúrgica en aneurisma de aorta abdominal
- Cirugía General y Digestiva: Apendicectomía laparoscópica; colecistectomía laparoscópica; laparotomía en perforación intestinal.
- Ginecología: Cesárea; legrado; salpingectomía laparoscópica por embarazo ectópico.
- Neurocirugía: Craneotomía; laminectomía.
- Oftalmología: Extracción de cuerpo extraño; atención quirúrgica en endoftalmitis.
- ORL: Epistaxis; traqueostomía.
- Traumatología: Implante de clavo gamma largo; osteosíntesis en fractura de tobillo; implante de clavo intramedular en tibia; fijador externo tipo Hoffmann.
- Urología: cateterismo ureteral; nefrostomía;torsión testicular.

En el mes de octubre se realizaron 203 intervenciones quirúrgicas (IQ) urgentes, de las cuales el 75,4% disponía de ficha quirúrgica.

Especialidad Q NºIQ urg NºIQ urg % IQ ficha
octubre octubre con ficha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0958

1. TÍTULO

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE FICHAS DE CONSULTA PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS URGENTES EN EL HCULB

ACV 9 6 66,7%

CG y digestiva 67 50 74,6%

Digestivo 2 0 0%

Gine y Obstetricia 49 45 91,8%

Neuro 9 9 100%

OFT 2 2 100%

ORL 7 7 100%

TRAUMA 37 21 56,8%

UROLOGIA 16 13 81,3%

UMA 5 0 0%

TOTAL IQ 203 153 75,4%

La encuesta sobre utilidad percibida en los profesionales fue distribuida entre 16 profesionales de reciente incorporación. El 87% de los encuestados consideraron tener poco o ningún conocimiento para asumir las urgencias quirúrgicas. El 87,5% necesitaron consultar las fichas y de estos el 93,75% resolvieron sus dudas tras examinarlas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los componentes del equipo consideran que el proyecto ha terminado de manera satisfactoria. Los profesionales del bloque quirúrgico disponen de un recurso práctico, sencillo y visual para las intervenciones quirúrgicas más frecuentes que disminuye la variabilidad en la preparación quirúrgica y reduce el gasto innecesario, además mejora la autonomía y autoconfianza del personal de nueva incorporación
Como área de mejora se ha detectado que no se disponen de fichas para las intervenciones quirúrgicas más sencillas. En un futuro se elaborarán fichas sobre drenaje de abscesos perianales, cirugías de partes blandas, reducciones óseas con agujas de Kirschner, estallido ocular, artrocentesis … con el objetivo de aumentar el porcentaje de IQ que disponen de fichas hasta un 85%.

7. OBSERVACIONES.
No se precisan.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/958 ========== ***

Nº de registro: 0958

Título
DISEÑO Y ELABORACION DE FICHAS DE CONSULTA PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS URGENTES EN EL HCULB

Autores:
CALVO LATORRE ARACELI, MORENO PEREZ MARTA, EZPELETA BADENAS ROCIO, GOMEZ NAVARRO MARIA DE LA ASUNCION, UTRILLA IBUARBEN MARTA, AVILA NAVARRO MONICA, BOSQUED ROYO ROSARIO, GARCIA VAZQUEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología urgente susceptible de necesitar intervención quirúrgica
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0958

1. TÍTULO

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE FICHAS DE CONSULTA PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS URGENTES EN EL HCULB

PROBLEMA
El bloque quirúrgico del HCULB cuenta con 19 quirófanos dónde se atienden 8 especialidades quirúrgicas diferentes. En periodos de rotación de personal (vacaciones, traslados y movilidad) se ha llegado a sustituir a un tercio de la plantilla y resulta necesario proveer de apoyo a los nuevos profesionales para desempeñar sus funciones. La supervisión ha detectado dificultades para garantizar las presencias adecuadas de personal de enfermería cualificado dado que cualquiera de las especialidades, pueden requerir cirugía inmediata. Por ello, planteamos la elaboración de un sistema de fichas que ayude en los procesos quirúrgicos más frecuentes.
En las fichas se detallará la preparación del material, quirófano y paciente, el acto quirúrgico y los cuidados pre, intra y postoperatorio inmediato. Es conocido que durante las urgencias quirúrgicas se utiliza más material fungible que en las intervenciones programadas, el grupo de trabajo considera que el desarrollo de las fichas minimizará los gastos de material abierto innecesariamente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizar un sistema de fichas que facilite la atención de enfermería en los procedimientos quirúrgicos urgentes.
- Adecuar el sistema de fichas a las intervenciones quirúrgicas más frecuentes.
- Aumentar la sensación de seguridad, confort y control de los profesionales durante las IQ urgentes.
- Disminuir la variabilidad de las actuaciones enfermeras en la atención quirúrgica urgente.

MÉTODO
Diseño de un sistema de fichas quirúrgicas de las siguientes especialidades: neurocirugía, traumatología, urología, ginecología y obstetricia, cirugía vascular, otorrinolaringología, cirugía general y oftalmología.
Difusión en sesión formativa al personal de nueva incorporación.
Elaboración y evaluación de una encuesta de utilidad y satisfacción en el uso del sistema de fichas entre el personal.

INDICADORES
- Presencia de sistema de fichas. (SÍ/NO)
- nº de IQ urgentes que poseen ficha en un periodo de tiempo/total de IQ urgentes en el mismo periodo de tiempo. Estándar previsto:75%
- Encuesta de utilidad del sistema de fichas.

DURACIÓN
- Análisis de las intervenciones quirúrgicas urgentes que se presentan más frecuentemente. Primera quincena de marzo de 2019.
- Diseño y elaboración de fichas quirúrgicas para cada intervención. En cada ficha figurará tipo de procedimiento, diagnóstico, anestesia y cuidados de enfermería (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio inmediato). Marzo-abril de 2019.
- Accesibilidad al sistema de fichas a través de la intranet del sector III y presencialmente en zonas estratégicas del bloque quirúrgico. Mayo de 2019.
- Difusión del sistema de fichas entre el personal de reciente incorporación. Sesión clínica. Primera semana de junio de 2019.
- Evaluación del sistema de fichas. Septiembre 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 - 2019/1463

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE GUIAS DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO, DIRIGIDAS A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION Y ESTUDIANTES

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN ROQUES MATA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUISAN HIGUERAS MARIA TERESA
CESTERO ANDRES LAURA CONCEPCION
RODRIGUEZ MARTINEZ ALICIA
ROJO SAINZ RICARDO
ROYO GALLIZO OLGA
VELILLA GASPAR MARCO ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
FASE I: Formación del grupo de trabajo y análisis de necesidades. Mayo-junio 2019.
- Reunión del equipo de trabajo y análisis de necesidades básicas de conocimiento estructural y organizativo del bloque quirúrgico para el personal de nueva incorporación y estudiantes.
- Determinación de contenido de las guías.
- Propuesta y creación de un índice adecuado a cada tipo de guía.
- Asignación de áreas específicas de la guía a los miembros del equipo.

FASE II: Validación y acuerdo sobre las tareas realizadas. Diseño de las guías. Julio- noviembre 2019.
- Presentación del trabajo realizado por cada subgrupo de trabajo.
- Validación del contenido final de las guías y su formato.
- Edición de las guías.

FASE III: Impresión de las guías y difusión. Enero 2020.
- Impresión de las guías en formato cuaderno tamaño DIN A5.
- Entrega de fichas a personal de nueva incorporación y a estudiantes de enfermería.
- Inserción de los documentos en punto informático accesible a todo el personal del bloque quirúrgico.
- Presentación de las guías a la unidad de calidad del HCU y solicitud para su difusión en la intranet del sector III.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido crear un material informativo sencillo y completo de un tamaño manejable. Las guías contienen información estructural y organizativa del bloque quirúrgico. Incluyen planos con flechas indicativas del sentido correcto de circulación del personal por el bloque quirúrgico, también se determinan las zonas según su permiso de acceso.
Este material está también disponible en formato electrónico en los dispositivos informáticos del bloque quirúrgico, haciéndolo accesible a quien pueda necesitarlo.
El uso de la guía dirigida al personal de nueva incorporación les permite conocer rápidamente la unidad y consigue su autonomía en menor tiempo, favoreciendo una mayor eficiencia en su trabajo.
El uso de la guía dirigida a estudiantes facilita su movimiento dentro de la unidad evitando interferencias en el desarrollo correcto de las cirugías.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las guías ofrecen una herramienta informativa para el personal de nueva incorporación que ayuda a mejorar la adaptación a la unidad, disminuye su ansiedad en los primeros días y reduce el tiempo necesario para alcanzar una autonomía en el trabajo, evitando la sobrecarga de otros trabajadores más antiguos.
La utilización de la guía para estudiantes favorece el movimiento adecuado por la unidad, ayuda a encontrar fácilmente el quirófano que les corresponde, así como la ubicación de los espacios de apoyo del bloque quirúrgico.

7. OBSERVACIONES.
Ninguna

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1463 ========== ***

Nº de registro: 1463

Título
IMPLEMENTACION DE GUIAS DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO, DIRIGIDAS A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION Y ESTUDIANTES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1463

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE GUIAS DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO, DIRIGIDAS A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION Y ESTUDIANTES

Autores:
ROQUES MATA MARIA CARMEN, ROYO GALLIZO OLGA, BUISAN HIGUERAS MARIA TERESA, VELILLA GASPAR MARCO ANTONIO, CESTERO ANDRES LAURA CONCEPCION, ANDRES BARRANCO MARIA TERESA, RODRIGUEZ MARTINEZ ALICIA, ROJO SAINZ RICARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
El bloque quirúrgico es una de las unidades asistenciales con mayor consumo económico y con mayor riesgo de aparición de eventos adversos. Se trata de un servicio especial con una estructura física y organizativa diferente a la de otros servicios hospitalarios en el que la formación, la buena práctica y la eficiencia en el trabajo tienen una influencia elevada para el sistema, tanto a nivel económico como a nivel de seguridad del paciente.
Es frecuente la necesidad de sustitución de enfermeras, y es elevada al tratarse de una plantilla muy numerosa. El personal que sustituye, con frecuencia, tiene un déficit de formación específica en el área quirúrgica o falta de información sobre nuestra unidad. Esta carencia crea ansiedad en el trabajador eventual por la dificultad para el correcto desarrollo de su trabajo y la presión a la que se ve sometido, además de una sobrecarga de trabajo para sus compañeros que tienen que suplir las carencias del personal eventual. Todo ello, supone pérdidas de tiempo y falta de atención en el trabajo y por lo tanto, un aumento del riesgo de la seguridad del paciente y/o un aumento del gasto por uso inadecuado de materiales. Además, es muy numeroso el alumnado de diferentes categorías profesionales que realiza prácticas en el servicio y necesita una información de la estructura de nuestro servicio que facilite sus prácticas sin interferir en las cirugías pero actualmente no existe ningún documento que estandarice está información.
Estamos convencidos de que una información clara, precisa y uniforme de nuestro servicio, en el momento de la incorporación del nuevo personal, favorecería la seguridad del trabajador y le pondría en mejor situación para completar la formación necesaria de forma más eficiente. Además, una información más general dirigida al alumnado facilitaría su movimiento dentro del servicio, sin afectar al correcto desarrollo de las cirugías.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear dos guías de acogida al bloque quirúrgico:
- Dirigida al personal de nueva incorporación en la que se aporte una información precisa y concreta tanto de la estructura física como organizativa del bloque quirúrgico del HCU.
- Dirigida al alumnado de las diferentes categorías profesionales en la que se aporte una información general sobre la estructura del bloque quirúrgico y las restricciones según zonas.
Los objetivos de estas guías son:
- Reducir la ansiedad del personal de nueva incorporación ofreciéndole una herramienta base que sirva de apoyo para el correcto desarrollo de su trabajo.
- Reducir el tiempo de adaptación y aprendizaje del personal de nueva incorporación.
-Reducir la necesidad de refuerzo de personal para garantizar una asistencia segura y eficiente.
-Reducir el consumo innecesario de materiales por falta de seguridad o por desconocimiento.
-Aumentar la seguridad del paciente al ser atendido por un personal mejor formado e informado.
-Facilitar a los estudiantes de las diferentes categorías profesionales una información básica de la estructura del bloque quirúrgico con el fin de facilitarles su circulación por el mismo sin interferir en el desarrollo correcto de
las diferentes cirugías.

6.

MÉTODO
- Formación del grupo de trabajo
- Análisis de necesidades
- Asignación de tareas a los diferentes miembros del equipo.
- Diseño de las guías por grupos, puesta en común y correcciones.
- Impresión de las guías y publicación en la intranet del hospital.
- Difusión de las guías al personal de nueva incorporación y estudiantes del bloque quirúrgico.
-Evaluación, análisis y revisión del plan de mejora.

Unidad

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1463

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE GUIAS DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO, DIRIGIDAS A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION Y ESTUDIANTES

- Verificación de la disponibilidad de guías
- Cálculo del ratio de personal de nueva incorporación que ha recibido la guía de acogida de personal.
- Cálculo del ratio de estudiantes que han recibido la guía de acogida para estudiantes.
- Seguimiento del consumo de suministros a los 3, 6, 9 y 12 meses de la implantación del proyecto.
- Encuestas de satisfacción dirigidas hacia el personal de nueva incorporación, el personal habitual del bloque quirúrgico y los estudiantes del bloque quirúrgico.
- Análisis de resultados y revisión del plan de mejora

8. DURACIÓN

DURACIÓN
-Formación del grupo y análisis de necesidades. Primera quincena de mayo de 2019
- Asignación de tareas y diseño de las guías. Segunda quincena de junio de 2019
- Puesta en común y correcciones. Primera quincena de octubre de 2019
- Impresión, publicación y difusión. Segunda quincena de noviembre de 2019
- Primera evaluación, análisis y revisión del plan. Primera quincena de marzo de 2020
- Siguientes revisiones: a los 6 meses (septiembre de 2020) y anual en septiembre de años posteriores

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 - 2019/0260

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE DERIVACION ATENCION PRIMARIA - CARDIOLOGIA MEDIANTE EL USO DE LA INTERCONSULTA ELECTRONICA: ALTA RESOLUCION

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JAVIER ALAMEDA SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ LABUENA ANA
RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ
CARO CAVERO FRANCISCO JAVIER
LLERA GUERRA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2019, en Cardiología, se ha tratado de optimizar los recursos disponibles en el Centro Médico de Especialidades de Ejea de los Caballeros, el cual da cobertura al área de las Cinco Villas.
El principal objetivo era disminuir la lista de espera y la demora de los pacientes en ser atendidos por nuestro servicio, a la vez que mejorábamos la rapidez de las pruebas complementarias y reducíamos consultas innecesarias.
La interconsulta electrónica ha supuesto una gran ayuda, una herramienta indispensable en la mayor eficiencia de nuestra comunicación con los Médicos de Atención Primaria, y en la atención ciudadana. A través de dicha interconsulta electrónica los Médicos de Atención Primaria nos informan de los síntomas guía y el cuadro clínico aquejado por el paciente. Si el cuadro clínico es muy abigarrado o complejo, claro está que dicho paciente es citado y atendido en hueco de primera visita para una valoración pormenorizada. Sin embargo, en numerosas ocasiones los pacientes aquejan síntomas inespecíficos, los cuales mediante la realización de una prueba complementaria precoz (si el Cardiólogo así lo considera necesario) evitamos primeras consultas o consultas sucesivas para la entrega de resultados. Las pruebas complementarias que hemos venido realizando de manera precoz han sido ecocardiogramas, ECG-Holter y MAPA de tensión arterial. En nuestra especialidad tiene importante valor añadido la interconsulta electrónica para valoración online de electrocardiogramas realizados en los centros de salud, y que los Médicos de Atención Primaria quieren que evaluemos de manera telemática como apoyo asistencial.
Al Médico de Atención Primaria se le informa a través de la interconsulta electrónica de la prueba complementaria que se le va a realizar a su paciente. Cuando el paciente viene a realizarse la prueba, si se trata de un ecocardiograma que finalmente resulta normal y el paciente no requiere seguimiento (puesto que no se detecta anomalía cardiaca alguna), se le entrega el informe de dicho ecocardiograma al paciente y se cuelga en la Historia Clínica Electrónica para conocimiento de su Médico de Atención Primaria. De esta manera evitamos que el paciente inicialmente acuda a nuestra consulta de Cardiología a contarnos la misma sintomatología que le ha comentado a su Médico de Atención Primaria, tras la cual le solicitaremos dicha prueba complementaria, y tras la que en muchas ocasiones tendrá que volver a recoger el resultado. Si hablamos de síntomas que motiven la realización de un ECG-Holter o un MAPA de tensión arterial, el paciente acudirá a la consulta de enfermería para ponerse el registrador. Al día siguiente acudirá de nuevo a dicha consulta de enfermería para la retirada, y el resultado lo dispondrá su Médico de Atención Primeria (a través de la Historia Clínica Electrónica) y el paciente (a través de correo postal) en el plazo de una semana. Si el resultado implica la necesidad de ser citado en Cardiología, en vez de enviar por correo postal el informe al paciente, se le cita con carácter preferente de manera presencial para continuar la asistencia. El hecho de disminuir las primeras visitas innecesarias y por ende las visitas sucesivas que se generarían de estas, permite tener la agenda más liberada para poder atender a los pacientes con patología cardiaca de manera más precoz.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Antes de comentar los datos numéricos, cabe destacar la resolución prácticamente por completo de la lista de espera en Cardiología del área de Ejea de Los Caballeros durante el año 2019. El esfuerzo de los profesionales y la optimización de la citación mediante la interconsulta electrónica y las consultas de alta resolución han favorecido dicho trabajo y resultados más eficientes.
-TASA DE PRIMERAS VISITAS PRESENCIALES: Número de primeras visitas / Población del área de las Cinco Villas
La población de las Cinco Villas asciende a 31442 habitantes.
Tasa de primeras visitas durante el año 2018: 516 primeras visitas / 31442 = 0,01641 * 100 = 1,64%
Tasa de primeras visitas del 01-01-2019 al 01-07-2019: 314 / 31442 = 0,00998 * 100 = 0,99%
Tasa de primeras visitas del 01-07-2019 al 01-01-2020: 230 / 31442 = 0,00731 * 100 = 0,73%
Podemos observar como con las técnicas de optimización de atención a la ciudadanía, las primeras visitas presenciales se han ido reduciendo, pasando a ser de una tasa del 0,99% en la primera mitad del año 2019, a una tasa del 0,73% en la segunda mitad del año. Estos valores no se han visto modificados por algún otro factor confusor, puesto que el resto de variables no han cambiado a lo largo del año.
-PROPORCIÓN DE VISITAS SUCESIVAS PRESENCIALES (revisiones y resultados): Número de visitas sucesivas / Número total de consultas (primeras visitas + visitas sucesivas)
Proporción de visitas sucesivas durante el año 2018: 591 visitas sucesivas / 1107 consultas = 0,5338 * 100 = 53,38%
Proporción de visitas sucesivas del 01-01-2019 al 01-07-2019: 503 visitas sucesivas / 817 consultas = 0,6156 * 100 = 61,56%
Proporción de visitas sucesivas del 01-07-2019 al 01-01-2020: 351 visitas sucesivas / 581 consultas = 0,6041 * 100 = 60,41%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0260

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE DERIVACION ATENCION PRIMARIA - CARDIOLOGIA MEDIANTE EL USO DE LA INTERCONSULTA ELECTRONICA: ALTA RESOLUCION

Se observa una muy discreta reducción de la proporción de visitas sucesivas con respecto al global de las consultas durante el año 2019 (de un 61,56% a un 60,41%). No obstante, es destacable que se han reducido de manera manifiesta tanto el número de primeras visitas (de 314 visitas en la primera mitad del año 2019 a 230 visitas en la segunda mitad del año 2019) como el número de visitas sucesivas (de 503 visitas en la primera mitad del año 2019 a 351 visitas en la segunda mitad del año 2019). Toda esta reducción en el número de consultas sin incrementar la lista de espera, todo lo contrario, reduciéndose hasta prácticamente quedar anulada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-En la relación estrecha con Medicina Familiar y Comunitaria, merece especial reconocimiento la interconsulta electrónica, que nos acerca de forma virtual el paciente del centro de salud al especialista.
-La optimización de la atención a la población mediante la tecnología de la interconsulta electrónica, y la realización precoz de pruebas complementarias (radiografía de tórax, péptido natriurético, ECG-HOLTER, MAPA, ecocardiograma) ante síntomas guía, han llevado a reducir el tiempo de demora de la asistencia sanitaria de nuestros ciudadanos.
-El uso eficiente de los huecos de consulta hacen que se reduzca la lista de espera sin necesidad de aumentar el número de visitas realizadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/260 ========== ***

Nº de registro: 0260

Título
OPTIMIZACION DE DERIVACION ATENCION PRIMARIA - CARDIOLOGIA MEDIANTE EL USO DE LA INTERCONSULTA ELECTRONICA: ALTA RESOLUCION

Autores:
ALAMEDA SERRANO JAVIER, MARTINEZ LABUENA ANA, LLERA GUERRA RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En la actualidad existe una clara sobrecarga del sistema sanitario español. Dicha sobrecarga se extiende desde atención primaria hasta la atención especializada. Es tarea de los profesionales de la salud idear medidas de optimización de los recursos con el fin de mejorar el flujo de pacientes.
La tecnología es un aliado que otorga al médico el poder de realizar, en la medida de lo posible, una medicina a distancia con una valoración basada en las pruebas complementarias.
Existen muchas situaciones en las que la adecuada valoración de las pruebas y la correcta comunicación interprofesional favorecen la resolución precoz de las dudas del paciente si necesidad de ser sometidos a la lista de espera de una consulta.
En otras ocasiones los datos objetivos complementarios evidencian la necesidad de una atención presencial en la consulta especializada, siendo esta más precoz si conseguimos liberar las consultas de pacientes con síntomas inespecíficos y pruebas complementarias dentro de la normalidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es mejorar el manejo del paciente ambulatorio en el área de la Cardiología. Realizando un “screening” inicial telemático conseguiremos disminuir de nuestras consultas los pacientes con síntomas inespecíficos y normalidad en las pruebas complementarias. De la manera tradicional de proceder, el paciente acudiría a una primera visita, donde se le solicitarían una serie de pruebas complementarias, teniendo que acudir a una visita sucesiva de resultados.
La finalidad es mejorar la calidad de la asistencia a nuestros enfermos, existiendo en las consultas una selección del paciente más grave y con patología confirmada en la mayoría de los casos. De esta manera se pretende reducir el número de días de espera para consulta presencial en aquellos pacientes que realmente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0260

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE DERIVACION ATENCION PRIMARIA - CARDIOLOGIA MEDIANTE EL USO DE LA INTERCONSULTA ELECTRONICA: ALTA RESOLUCION

precisan de una manejo estrecho. Esto pretende derivar en una reducción de las primeras visitas y visitas sucesivas en el ámbito de la cardiología ambulatoria, disminuyendo las demoras, y consiguiendo un manejo más óptimo de los pacientes con enfermedad relevante. De igual modo se consigue que el paciente preocupado por un síntoma inespecífico sea evaluado mediante la realización de una prueba complementaria, y reciba con mayor celeridad el resultado de dicha prueba.
Con la valoración telemática se busca optimizar el tiempo de la consulta, realizando un cribado previo a la atención presencial en la consulta de Cardiología, reduciéndose así el número de primeras visitas y el número de citas sucesivas con el único fin de recibir los resultados. De esta manera también hacemos que la información del resultado llegue de manera más rápida al Médico de Atención Primaria.

MÉTODO
Elaboración de un protocolo de derivación desde los Centros de Salud de los pacientes ambulatorios con síntomas sugestivos de patología cardiaca.
Optimización de la Historia Clínica Electrónica mediante el uso de la interconsulta electrónica y la valoración de electrocardiogramas de forma telemática. Ante síntomas clave como son palpitaciones, mareo, inestabilidad, disnea o soplo cardiaco, el paciente será evaluado inicialmente mediante el uso de la prueba complementaria (Radiografía de tórax, Péptido Natriurético (BNP), ECG-HOLTER, ECOCARDIOGRAMA). Con ello se realizará un cribado inicial de patología, siendo descartados para su asistencia presencial a la consulta los pacientes con normalidad de las pruebas y remitiéndose los informes de dichas pruebas normales a sus Médicos de Atención Primaria de forma telemática.

INDICADORES
-Tasa de primeras visitas presenciales: Número de primeras visitas al año/Población del área de las Cinco Villas.

-Proporción de visitas sucesivas presenciales: Número de visitas sucesivas/Número total de consultas (primeras visitas + visitas sucesivas).

DURACIÓN
-Duración: Indefinida.
-Derivación optimizada de los pacientes desde atención primaria, utilizando la interconsulta electrónica y la realización precoz de las pruebas complementarias durante todo el año 2019 y en adelante.
-Evaluación del número de pacientes citados como primer día y visitas sucesivas durante el año 2019, y su comparativa con respecto al año 2018: Enero-Febrero 2020. Para poder comparar años completos se evaluarán de Octubre 2018 a Septiembre 2019 (comparados con Octubre 2017 a Septiembre 2018), ya que los datos del último trimestre del año suelen ser analizados en marzo del año posterior.

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 - 2019/0395

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CURSO/TALLER PARA DIVULGACION DEL PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA ENTRE LOS MEDICOS Y ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR III

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL FERREIRA AGUAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REVILLA MARTI PABLO
ESCOTA VILLANUEVA JAVIER
ALAMEDA SERRANO JAVIER
MARTINEZ LABUENA ANA
JIMENEZ MELO OCTAVIO
MONZON LOMAS FRANCISCO JOSE
PINILLA LOZANO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Através de la unidad de Docencia del HCU se propuso la realización de un curso taller que se denominó: Manejo del paciente con Cardiopatía Isquémica en su transición entre Cardiología y Atención Primaria, dirigido a Médicos y DUE de Atención primaria.
El objetivo es la divulgación del PROCEDIMIENTO CLÍNICO DE MANEJO DEL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ENTRE CARDIOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA elaborado por el grupo de trabajo mixto formado por Médicos de Atención Primaria y Cardiólogos del Sector III de Zaragoza.
Los objetivos del PROCEDIMIENTO:
- Disminuir la variabilidad clínica en la atención de los pacientes.
- Mejorar la atención a cada paciente en función de su riesgo.
- Optimizar el control de los factores de riesgo cardiovascular.
- Disminuir en lo posible visitas burocráticas o rutinarias en las consultas de especialidad.

Los objetivos específicos del TALLER:
- Manejo del paciente con síndrome coronario agudo (SCA) tras ser dado de alta del hospital:
o Conocer los circuitos de actuación tras el ingreso por SCA. Identificar los pacientes de alto riesgo.
o Conocer los objetivos del tratamiento farmacológico y las medidas no farmacológicas.
- Manejo del paciente con Cardiopatía isquémica Estable.
o Optimizar el control de los factores de riesgo cardiovascular.
o Conocer los criterios de derivación entre la consulta de Cardiología y Atención Primaria.
- Manejo del dolor torácico sospechoso de anginoso en Atención Primaria:
o Conocer los tipos de dolor torácico.
o Aprender a estratificar el riesgo y manejo del paciente con dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en Atención Primaria.
o Conocer cuándo y cómo derivar un paciente con dolor torácico a Cardiología.
- Manejo de la antiagregación plaquetaria en atención primaria ante cirugía/procedimientos invasivos:
o Aprender a valorar el riesgo trombótico y hemorrágico del paciente con antiagregación.
o Conocer los criterios de derivación a la consulta de Cardiología.

Se solicitó acreditación a través de la unidad docente.
El taller consta de 4 ponencias. En cada una de ellas habrá una exposición teórica y se complementará con la exposición de supuestos prácticos sobre los cuales, en función de los datos que el ponente vaya ofreciendo, los alumnos deberán decidir la mejor actuación, siempre justificada por la evidencia científica y siguiendo las recomendaciones del procedimiento.
Las ponencias fueron:
1- Manejo del paciente con SCA tras ser dado de alta del hospital
2- Manejo del paciente con Cardiopatía isquémica Estable
3- Manejo del dolor torácico sospechoso de anginoso en Atención Primaria
4- Manejo de la antiagregación plaquetaria en atención primaria ante cirugía/procedimientos invasivos
En la segunda parte de cada ponencia el profesor planteó supuestos prácticos (casos clínicos documentados con analítica, ECG, ecocardiograma…) sobre los que los alumnos deberán opinar y decidir sobre varias opciones. Tras ello el profesor, justificará la mejor decisión con la evidencia científica y utilizando el procedimiento que se pretende divulgar.
Tras ello se realizó un examen tipo test de 10 preguntas y se realizaron las encuestas de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La primera edición del taller se realizó en el Aula de Farmacia del HCU el día 6 de junio de 2019 en horario de 11 -15 h.
Asistencia: 100% de los inscritos. Cubiertas 90% (27 / 30) de las plazas convocadas.
Aprobados el 100% de los presentes en el curso
Valoración global del curso por parte de los alumnos.
- Aspectos organizativos 8,8

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0395

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CURSO/TALLER PARA DIVULGACION DEL PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA ENTRE LOS MEDICOS Y ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR III

- Contenido de la actividad formativa 9,5
- Evaluación global (grado de satisfacción con la puntuación global de la actividad) 9,9
- Observaciones y sugerencias de los alumnos: En general el grado de satisfacción muy bueno, instando a repetir el taller para más compañeros interesados y proponiendo ese mismo formato de taller para temas como: fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca y RCP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La experiencia tanto por parte de los profesores como por parte de los alumnos ha sido muy satisfactoria. La elaboración de cursos con contenido teórico práctico, con participación activa de los alumnos con temas que implican la asistencia compartida de los pacientes entre Cardiología y Atención Primaria es muy util para el posterior manejo de los pacientes en las consultas. Al mismo tiempo permite actualizar los conocimientos según las últimas evidencias científicas y además mejorar las relaciones entre ambos niveles asistenciales. El curso fue muy bien valorado por los asistentes, instando a la organización a repetir el mismo para otros compañeros que no pudieron asistir y utilizar el mismo formato para otras patologías.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/395 ========== ***

Nº de registro: 0395

Título
ELABORACION DE UN CURSO/TALLER PARA DIVULGACION DEL PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA ENTRE LOS MEDICOS Y ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR III

Autores:
FERREIRA AGUAR ANA ISABEL, REVILLA MARTI PABLO, ESCOTA VILLANUEVA JAVIER, ALAMEDA SERRANO JAVIER, MARTINEZ LABUENA ANA, JIMENEZ MELO OCTAVIO, MONZON LOMAS FRANCISCO JOSE, PINILLA SERRANO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Entre los proyectos de Cardiología de 2018 estaba la creación de un grupo de trabajo mixto entre Cardiología y Atención Primaria para la elaboración de un protocolo de manejo de la cardiopatía isquémica. Dicho protocolo se realizó y ha sido aprobado recientemente por la comisión de Calidad del Sector III. La siguiente fase del proceso es la divulgación del procedimiento entre los Centros de Salud para su conocimiento y correcta aplicación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaboración de un curso/taller con acreditación del Salud para facilitar la divulgación del procedimiento de manejo del paciente con cardiopatía isquémica estable
- Conseguir la máxima difusión e implementación del procedimiento
- Optimizar el manejo del paciente con cardiopatia isquémica en su recorrido entre Cardiología y Atencion Primaria

MÉTODO
- Elaboración de un programa con contenido fundamentalmente práctico basados en casos clínicos para practicar el manejo de los algoritmos y ayuda en la toma de decisiones clínicas

INDICADORES
número de MAP y enfermeras interesados y encuesta de satisfacción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0395

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CURSO/TALLER PARA DIVULGACION DEL PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA ENTRE LOS MEDICOS Y ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR III

```
DURACIÓN
-        Primer semestre de 2019 :
o        Elaboracion del programa
o        Solicitud de acreditación
-        Segundo semestre
o        Realización del curso


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 - 2019/0400

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA PREVIA AL TRASPLANTE HEPATICO

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ADRIAN RIAÑO ONDIVIELA
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO
CORTES GARCIA LUIS
MORLANES GRACIA PAULA
LORENTE PEREZ SARA
SERRANO AULLO MARIA TRINIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Todas las actividades planteadas en el proyecto de mejora se han cumplido al 100%.

1. Valoración cardiológica en una consulta específica (ya en funcionamiento) de los pacientes candidatos a TOH, referidos de la consulta de valoración pretrasplante del Servicio de Digestivo.
a. Determinar indicación, y si procede, despistaje de cardiopatía isquémica
b. Valoración de pacientes con sospecha de hipertensión portopulmonar
c. Optimización del tratamiento de las patologías cardiovasculares

2. Diseño del Protocolo de Valoración Cardiológica previa al Trasplante Hepático en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
a. Criterios de inclusión
b. Algoritmo de actuación
c. Recomendaciones consensuadas de tratamiento

3. Se ha remitido el protocolo a la Comisión de Calidad y Dirección del Hospital, siendo aprobado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En lo referente a los datos del año 2019, se han valorado 9 pacientes (Hombres 100%, Edad media: 63 años) remitidos desde Digestivo, todos para despistaje de cardiopatía isquémica, y 1 paciente además para estudio de hipertensión pulmonar. A todos los casos, menos uno (no cumplía criterios de inclusión), se les solicitó prueba de detección de isquemia, de las cuales solo en uno se realizó TC coronario, el resto fueron SPECT de esfuerzo o farmacológico. Durante este período se realizaron 2 coronariografías (1 SPECT alterado y 1 por resultados no concluyentes en las pruebas no invasivas) y 1 estudio hemodinámico (PAPs elevada en ecocardiograma), ningún paciente recibió revascularización percutánea, y el estudio hemodinámico descartó hipertensión portopulmonar.

De estos pacientes, 4 recibieron TOH, ninguno presentó complicaciones cardiovasculares en el periodo postTOH ni en el seguimiento posterior. Un paciente falleció por complicaciones de la cirrosis hepática antes de realizarse TOH.

Indicadores:

Todos los pacientes candidatos a TOH fueron evaluados con el algoritmo específicamente diseñado y que consta en el protocolo, lo que representa una cobertura del 100%.

1. Proporción de pacientes trasplantados que han requerido valoración cardiológica previa:
Número de pacientes con TOH que requieren valoración cardiológica durante 2019/ Número pacientes con TOH en 2019 = 9/28.

2. Tiempo desde la solicitud de la valoración hasta la cita en Cardiología.
En todos los casos la valoración de cardiología se ha realizado en un tiempo inferior a 4 semanas.

3. Mortalidad y Morbilidad de causa cardiovascular en pacientes trasplantados con valoración cardiológica previa.
Ningún paciente valorado ha tenido complicaciones cardiovasculares durante el periodo post-TOH inmediato ni en el seguimiento posterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración cardiológica pre-TOH es indispensable en todos los pacientes candidatos a someterse a esa intervención. La estrategia empleada ha demostrado ser segura y eficaz para evitar eventos cardiovasculares en esta población.

El diseño de un protocolo con un algoritmo de valoración ha estandarizado la práctica y ha facilitado que su aplicación a todos los pacientes de la consulta de valoración pre-TOH del Servicio de Digestivo.

Por otro lado, la demanda asistencial no representa una sobrecarga de trabajo para la valoración clínica de estos pacientes ni para la solicitud de pruebas complementarias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0400

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA PREVIA AL TRASPLANTE HEPATICO

Es por esto que planteamos que la actividad se mantenga de forma continua, ya que no solo ha demostrado ser útil sino también segura para este grupo de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/400 ========== ***

Nº de registro: 0400

Título
VALORACION CARDIOLOGICA PREVIA AL TRASPLANTE HEPATICO

Autores:
RIAÑO ONDIVIELA ADRIAN, CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO, CORTES GARCIA LUIS, MORLANES GRACIA PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Enfermedad del aparato digestivo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El trasplante ortotópico hepático (TOH) se ha convertido en una parte integral del tratamiento de pacientes con enfermedad hepática terminal, de tal manera que cada vez se trasplantan pacientes más añosos y con un perfil de riesgo cardiovascular más elevado, predominando el sexo masculino (73,3%) y apreciándose a su vez un incremento en el grupo de pacientes mayores de 60 años, que representan casi el 40% del total. Tal es así que en el programa de TOH de Aragón la edad media se ha incrementado progresivamente, desde los 53 años en 2016 hasta los 61 años en 2018.

El paradigma de paciente trasplantado con elevado riesgo cardiovascular es aquel con enfermedad hepática grasa no alcohólica, siendo esta indicación de trasplante la única que muestra una tendencia ascendente en la actualidad, en el contexto de la alta eficacia de los fármacos antivirales frente al virus de la hepatitis C. Por otro lado, los pacientes sometidos a TOH están especialmente predispuestos a desarrollar factores de riesgo cardiovascular o a experimentar un peor control de estos debido a varios factores (fármacos inmunosupresores, sedentarismo, dieta rica en azúcares y grasas saturadas). Todos estos aspectos tienen un impacto directo en el pronóstico postrasplante, de tal manera que según el registro europeo de trasplante hepático (ELTS), el 14% de los pacientes fallecen por eventos cardiovasculares. Estudios recientes demuestran un exceso de mortalidad del 20% en población trasplantada a los 10 años en comparación con la población general (apareados por edad y sexo), siendo los eventos cardiovasculares la tercera causa de exceso de mortalidad tras las neoplasias y las infecciones.

Este nuevo panorama epidemiológico obliga a adaptar los protocolos de evaluación, manejo y seguimiento de los pacientes sometidos a trasplante; siendo de especial interés la valoración cardiológica preTOH para excluir y tratar la existencia de cardiopatía estructural, valvulopatías e insuficiencia cardíaca debida a otras causas, así como de enfermedad cardiovascular asociada a la cirrosis hepática, tal como hipertensión portopulmonar y cardiomiopatía cirrótica. Todas estas situaciones son relevantes dado que contribuyen a una mayor morbimortalidad postrasplante, pudiendo también condicionar la idoneidad del paciente para ser incluido en el programa.

Por tanto, es necesaria la participación estructurada del cardiólogo en la valoración preTOH, no únicamente para la indicación o realización de pruebas complementarias, sino también para la evaluación global de los pacientes con enfermedad hepática, quienes presentan características fisiopatológicas únicas que deben ser tomadas en cuenta al momento de tomar de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Implementar un protocolo multidisciplinar de valoración cardiológica previa al trasplante hepático en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
2. Ofrecer una valoración cardiológica estructurada, completa y oportuna a los pacientes candidatos a trasplante hepático en la Comunidad Autónoma de Aragón.
3. Disminuir el impacto de las complicaciones cardiovasculares en los pacientes con TOH en la Comunidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0400

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA PREVIA AL TRASPLANTE HEPATICO

Autónoma de Aragón.

MÉTODO
1. Valoración cardiológica en una consulta específica (ya en funcionamiento) de los pacientes candidatos a TOH, referidos de la consulta de valoración pretrasplante del Servicio de Digestivo.
a. Determinar indicación, y si procede, despistaje de cardiopatía isquémica
b. Valoración de pacientes con sospecha de hipertensión portopulmonar
c. Optimización del tratamiento de las patologías cardiovasculares
2. Diseño del Protocolo de Valoración Cardiológica previa al Trasplante Hepático en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
a. Criterios de inclusión
b. Algoritmo de actuación
c. Recomendaciones consensuadas de tratamiento
3. Remitir el protocolo a la Comisión de Calidad y Dirección del Hospital para su aprobación, si procede.

INDICADORES
Se han planificado monitorizar dos tipos de resultados: cobertura y eficiencia:
• Proporción de pacientes trasplantados con valoración cardiológica previa:
Número de pacientes con TOH con valoración cardiológica durante 2019/ Número pacientes con TOH en 2019. Objetivo: 100% de los pacientes con los criterios de inclusión.
• Tiempo desde la solicitud de la valoración hasta la cita en Cardiología. Objetivo: < 2 semanas.
• Mortalidad y Morbilidad de causa cardiovascular en pacientes trasplantados con valoración cardiológica previa.
• Estancia media en UCI y hospitalización en pacientes con TOH y valoración cardiológica previa.

DURACIÓN
Se plantea como una actividad continuada. Se ha comprobado la factibilidad del proyecto, ya que asistencialmente se viene llevando a cabo desde el año 2017.
Se procederá al registro sistemático de la actividad para la evaluación y seguimiento del proceso.

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 - 2019/0439

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JUAN FRANCISCO CUEVA RECALDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ MUÑOZ DAVID
YAGUAS BAREA NEREA
RUIZ ARROYO JOSE RAMON
FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO
LACAMBRA BLASCO ISAAC

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Sesiones de formación para técnicos y facultativos con los profesionales de Philips® para el uso del software de adquisición e interpretación de estudios de RMC (16 al 18 de septiembre de 2019).
2. Diseño del modelo de informe de RMC, incluyendo secuencias utilizadas y parámetros de referencia.
3. Diseño del modelo de solicitud de RMC.
4. No se ha diseñado un modelo de Consentimiento Informado específico dado que ya existe uno para estudios de resonancia magnética.
5. Elaboración de checklist con las indicaciones de preparación de la prueba para enfermería.
6. Sesión de capacitación a los técnicos de radiología.
7. Elaboración de un protocolo de adquisición básico para RMC.
8. Sesión de divulgación del proceso de solicitud de RMC en el HCU para el Servicio de Cardiología.
9. Registro de los estudios realizados en la base de datos.
10. Elaboración de las indicaciones prioritarias de RMC.
11. Revisión y priorización de las solicitudes de RMC.
12. Registro de valores de mapping T1-T2 y VEC para obtener parámetros de normalidad en nuestro centro.
13. Asistencia a cursos de formación en RMC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde que se puso en marcha la RMC en el HCU, el 16 de septiembre de 2019, se han realizado 34 estudios (Hombres 70%, edad media: 53 años). Las principales indicaciones de la prueba fueron: Miocardiopatía: 41%, Cardiopatía Isquémica: 15%, MINOCA (IAM con coronarias sin lesiones): 14% y Miocarditis: 9%. Estas cifras se han alcanzado con la disponibilidad actual del equipo, que es de 2 jornadas al mes para pacientes ambulatorios, y 2 estudios semanales para pacientes ingresados. No se han producido reacciones adversas con el contraste de gadolinio.

Indicadores:

1. Tasa de reducción de RMC externalizada
Desde el mes de octubre de 2019 no se solicitan RMC externalizadas, todas se realizan en el HCU.

2. Tasa de pacientes con MINOCA a los que se les ha realizado RMC
11/11. En todos los pacientes con diagnóstico de MINOCA se ha solicitado RMC desde el mes de octubre de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La RMC está implementada en el HCU, en el momento actual, con una disponibilidad de tiempo de máquina menor a la que la carga asistencial demanda, pero con posibilidad de crecimiento posterior. El rendimiento de las jornadas de RMC también es mejorable, e irá aumentando conforme se perfeccione la formación de los profesionales implicados, especialmente, técnicos de radiología. La priorización de las indicaciones de la RMC ha permitido mantener un tiempo de espera razonable para la prueba.

Hay que destacar el trabajo multidisciplinar como la piedra angular del funcionamiento y éxito de este programa, la estrecha colaboración entre los facultativos del servicio de Radiología y Cardiología ha sido fluida y enriquecedora.

Como objetivos a corto – mediano plazo se plantean la asistencia a cursos de formación por parte de todos los implicados en el proceso para perfeccionar el funcionamiento de la RMC. De igual manera, es fundamental ampliar el tiempo de equipo disponible, ya que la tendencia de solicitudes es a que estas se incrementen de manera considerable. A largo plazo se deberá incluir a la RMC de estrés en la cartera de servicios.

En conclusión, este proyecto de mejora multidisciplinar ha permitido implementar en el HCU una técnica de imagen cardiaca avanzada que en la actualidad es indispensable para la práctica de la Cardiología.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0439

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

*** ========== Resumen del proyecto 2019/439 ========== ***

Nº de registro: 0439

Título
IMPLEMENTACION DE LA RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:
CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO, RUIZ ARROYO JOSE RAMON, LACAMBRA BLASCO ISAAC, FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO, IBAÑEZ MUÑOZ DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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 .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Resonancia Magnética Cardiaca (RMC) es la técnica de referencia para la evaluación no invasiva de la morfología, función, perfusión y viabilidad miocárdica, esto conlleva que en la actualidad sea imprescindible para el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías cardiovasculares, como queda reflejado en las guías europeas. Los datos anteriores reflejan que para ofrecer una elevada calidad asistencial es necesario contar con RMC, pero debido a la falta de disponibilidad de esta prestación en nuestro hospital, ha sido necesario externalizar estos estudios. Es así que durante el año 2018 se solicitaron 135 RMC desde el Servicio de Cardiología, con un coste individual de 214€ euros, sumando un total de 28.890€, a lo que habrá que añadir el coste del transporte. Adicionalmente al coste económico, la externalización se acompaña de varias limitaciones: requiere el traslado del paciente fuera del hospital con los consiguientes riesgos, la demora en las citas conlleva un aumento del tiempo de hospitalización, y finalmente, no es posible integrar los hallazgos de la exploración a la discusión de casos complejos o al análisis evolutivo.
Por otra parte, la puesta en marcha de una técnica de la complejidad de la RMC requiere de un equipo multidisciplinar, tal como lo recomiendan la Sociedad Española de Cardiología y de Radiología Médica en su documento de consenso, ya que es la única manera de integrar los conocimientos necesarios para garantizar estudios de calidad.
Por tanto, la implementación de la RMC dentro de un proyecto multidisciplinar permitirá ofrecer a los pacientes una asistencia de calidad en la que se puedan beneficiar de toda la información diagnóstica y pronóstica que ofrece la técnica, además, se conseguirá reducir el gasto económico que representa la externalización de los estudios.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Implementar la realización de Resonancia Magnética Cardiaca en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para dar cobertura a los pacientes del sector III.
2. Reducir el costo económico derivado de la externalización de la Resonancia Magnética Cardiaca.

MÉTODO
• Diseño del Protocolo Operativo, modelo de Solicitud y Consentimiento Informado.

Indicaciones (contempladas para la fase inicial del proyecto)
• Estudio morfológico, funcional y de caracterización tisular en pacientes:
• con primer episodio de insuficiencia cardiaca por sospecha de miocardiopatía no isquémica.
• con miocardiopatía hipertrófica, de depósito, arritmogénica o no compactada, o de familiares de primer grado cuando los datos de ecocardiografía no son concluyentes.
• con dolor torácico, elevación de marcadores de necrosis miocárdica y ausencia de enfermedad coronaria.
• para determinar la viabilidad miocárdica en pacientes con cardiopatía isquémica crónica cuando se plantea revascularización coronaria.
• para determinar la función sistólica o presencia de cicatriz del ventrículo izquierdo cuando los datos de ecocardiografía no son concluyentes.
• del ventrículo derecho, en especial cuando la información obtenida implica cambio en el tratamiento.
• además de análisis de flujos para la valoración de insuficiencia aórtica/mitral cuando los datos de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0439

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ecocardiografía no son concluyentes.
• La indicación de RMC para valoración de masas, patología de aorta y pericardio se realizará tras la valoración individual de cada caso.

Contraindicaciones.
1. Dispositivos como marcapasos y desfibriladores (modelos no compatibles con la RM), neuroestimuladores y bombas de infusión de insulina.
2. Clip de aneurisma cerebral.
3. Cuerpos extraños oculares metálicos.
4. Implantes cocleares.
5. Claustrofobia intratable.
6. Paciente con inestabilidad hemodinámica.

Contraindicaciones al contraste de Gadolinio.
1. Insuficiencia renal con filtrado glomerular inferior a 30 ml/min o hemodiálisis por riesgo de fibrosis nefrogénica sistémica.
2. Trasplantados hepáticos o pre-trasplante hepático.

INDICADORES
• Tasa de reducción de RMC externalizadas
Número de RMC realizadas en 2019/ Número de RMC realizadas en 2018.
• Reducción del coste económico al evitarse la externalización de RMC.

Como indicador de cobertura se ha seleccionado una indicación clínica:
• Tasa de pacientes con MINOCA a los que se les ha realizado RMC

DURACIÓN
• Diseño del Protocolo, Modelo de Solicitud y Consentimiento Informado: marzo de 2019.
• El inicio de la actividad se prevé para el 2º trimestre de 2019 y se mantendrá de manera continuada. En las semanas anteriores al inicio de la actividad se difundirá el protocolo y sus indicaciones en el Servicio de Cardiología.
• Se propone de manera inicial realizar RMC durante una jornada de 7 horas cada semana.
• La evaluación de resultados se realizará al finalizar el año 2019.
• Se realizará un registro de los estudios realizados.

OBSERVACIONES
• De manera inicial, y con el objetivo de controlar el número de peticiones, únicamente el Servicio de Cardiología podrá solicitar RMC.
• Todas las solicitudes serán valoradas por los miembros del equipo, quienes determinarán la idoneidad en cada caso.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0533

1. TÍTULO

CONSULTA DE PRE-EVALUACIÓN DE IMPLANTE PERCUTÁNEO TRANSCATETER DE VÁLVULA AÓRTICA (PRETAVI)

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO LINARES VICENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ ARROYO JOSE RAMON
SIMO SANCHEZ BORJA
LUKIC OTANOVIC ANTONELA
JIMENEZ MELO OCTAVIO
IBAÑEZ MUÑOZ DAVID
DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Marzo-Abril 2019: Organización de la Consulta
Reuniones con profesionales implicados de otros servicios para consensuar criterios: Dr. Ibañez (Radiología) y Dra. Domingo (Geriatría H. Provincial)
Mayo-Junio 2019:
Desarrollo base datos Excel para registrar pacientes
Elaboración de Ficha de Evaluación PRE-TAVI para cumplimentar en la consulta
Septiembre 2019: Presentación de la Consulta y vía de derivación a la misma en Servicio de Cardiología
11 Octubre 2019: Primera citación Consulta PRE-TAVI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde Octubre de 2019 se han evaluado en la consulta PreTAVI a 16 pacientes
De los mismos:
5 han sido derivados a TAVI (HUMS)
6 se encuentran pendientes de completar el estudio PreTAVI
2 han sido enviados a sustitución valvular quirúrgica tras ser reevaluados en Sesión Médico Quirúrgica
3 han sido desestimados para intervención por comorbilidad (2) o diagnóstico impreciso de estenosis aórtica severa (1)
1. Porcentaje de pacientes del Área III de SALUD remitidos a TAVI desde la consulta PreTAVI del HCU Lozano Blesa: 5/5 (100%)
Indicador de calidad: >80%
2. Porcentaje de pacientes rechazados para TAVI por estudio PreTAVI incompleto: 0/5 (0%)
Indicador de calidad: <20%
3. Porcentaje de pacientes rechazados para TAVI por diagnóstico incierto de estenosis aórtica severa, futilidad o riesgo prohibitivo: 0/5%.
Indicador de calidad: <20%
4. Porcentaje de pacientes del Área III de Salud remitidos a CT preTAVI desde la consulta PreTAVI del HCU Lozano Blesa. Desde Octubre de 2019 se han realizado 7 estudios CT PreTAVI procedentes del Area III: 5 procedieron de la Consulta PreTAVI y 2 de otras consultas de Cardiología. 5/7 (71%). No obstante, aclarar que la exploración de los 2 pacientes que no provenían de la Consulta PreTAVI fueron solicitadas antes de su apertura (demora por temporada de verano en el CT)
Indicador de calidad: >80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido centralizar en una única consulta a los pacientes del área III con estenosis aórtica severa desestimados para sustitución valvular quirúrgica, cumpliéndose los estándares marcados inicialmente. Ninguno de los pacientes ha sido rechazado para TAVI por estudio incompleto. Se han evitado pruebas complementarias innecesarias en pacientes no candidatos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/533 ========== ***

Nº de registro: 0533

Título
CONSULTA DE PRE-EVALUACION DE IMPLANTE PERCUTANEO TRANSCATETER DE VALVULA AORTICA (PRETAVI)

Autores:
LINARES VICENTE JOSE ANTONIO, RUIZ ARROYO JOSE RAMON, SIMO SANCHEZ BORJA, LUKIC OTANOVIC ANTONELA, JIMENEZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0533

1. TÍTULO

CONSULTA DE PRE-EVALUACIÓN DE IMPLANTE PERCUTÁNEO TRANSCATETER DE VÁLVULA AÓRTICA (PRETAVI)

MELO OCTAVIO, IBAÑEZ MUÑOZ DAVID, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La estenosis aórtica degenerativa (EAo) es la valvulopatía más frecuente en nuestro medio, con prevalencia creciente debido al envejecimiento de la población. Para su tratamiento el implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) presenta en la guías de práctica clínica actuales una recomendación clase I en pacientes con riesgo quirúrgico inaceptable y en pacientes con alto riesgo quirúrgico (STS/EuroSCORE II =4% ó EuroSCORE I =10%) estando la TAVI favorecida en pacientes añosos (>75 años) con acceso transfemoral factible.

En la Comunidad Autónoma de Aragón existe desde 2012 un programa de implante de TAVI, cuyo centro de referencia es Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS).
La evaluación pre-TAVI se ha convertido en un punto crítico de la selección de pacientes. Se trata de una evaluación compleja y multidisciplinar y que tiene que responder a las siguientes preguntas:
1. Asegurar el diagnóstico certero de estenosis aórtica degenerativa severa sintomática
2. Definir el riesgo quirúrgico de mortalidad del paciente
3. Definir el riesgo quirúrgico técnico del paciente
4. Definir el status funcional del paciente y esperanza de vida tras TAVI
5. Definir la factibilidad técnica de TAVI

Justificación
A lo largo de los últimos años hemos detectado en el área III del SALUD las siguientes dificultades en la asistencia a los pacientes candidatos a TAVI:
1. Descentralización de la valoración preTAVI
2. Dispersión de los pacientes con diagnóstico de estenosis aórtica severa
3. Diagnósticos dudosos de estenosis aórtica severa
4. Realización de pruebas diagnósticas de dudosa utilidad

Pertinencia de Consulta preTAVI
La creación de una consulta de evaluación preTAVI permitiría:
1. Centralizar a los pacientes candidatos a TAVI
2. Centralizar la solicitud y recepción de resultados de pruebas complementarias de cara a plantear TAVI
3. Centralizar la solicitud CT preTAVI
4. Reevaluación de casos de diagnóstico incierto de estenosis aórtica severa

RESULTADOS ESPERADOS
1. Centralizar a los pacientes candidatos a TAVI del Area III de SALUD en una consulta monográfica de manera que dispongan de un facultativo de referencia en el proceso
2. Asegurar a los pacientes candidatos a TAVI una evaluación homogénea, evitando duplicidad de pruebas
3. Asegurar a los pacientes criterios uniformes y consensuados con unidad de referencia de selección o rechazo para TAVI (beneficio clínico y factibilidad técnica)
4. Establecer diagnóstico de certeza de estenosis aórtica severa en pacientes con diagnóstico incierto previo a TAVI
5. Reducir exploraciones de baja disponibilidad (CT preTAVI) en pacientes sin diagnóstico certero de estenosis aórtica severa o en pacientes con criterios de futilidad de TAVI

MÉTODO
Apertura de vía clínica y consulta monográfica de valoración pre-TAVI para el área III del SALUD, por parte del personal de la Sección de Hemodinámica del HCU Lozano Blesa.
1. El paciente candidato a TAVI sería reevaluado en la consulta.
2. Evaluación del riesgo Funcional-Geriátrico y comorbilidad orgánica

Evaluación completa y específica por parte de Geriatría, quién deberá determinar criterios de futilidad (expectativa de vida <1 año ó supervivencia estimada <25% a 2 años) y Riesgo prohibitivo: fragilidad severa, riesgo pre-operatorio de morbimortalidad >50% a 1 año, y compromiso funcional de 3 o más órganos. Estos pacientes son candidatos a Cuidados Paliativos
3. Realización CT preTAVI
4. Inclusión en programa de TAVI

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0533

1. TÍTULO

CONSULTA DE PRE-EVALUACIÓN DE IMPLANTE PERCUTÁNEO TRANSCATETER DE VÁLVULA AÓRTICA (PRETAVI)

No existen descritos en la literatura indicadores de la evaluación PreTAVI
Proponemos los siguientes indicadores de calidad:
1. Porcentaje de pacientes del Área III de SALUD remitidos a TAVI desde la consulta PreTAVI del HCU Lozano Blesa.
Indicador de calidad: >80%
2. Porcentaje de pacientes rechazados para TAVI por estudio PreTAVI incompleto
Indicador de calidad: <20%
3. Porcentaje de pacientes rechazados para TAVI por diagnóstico incierto de estenosis aórtica severa, futilidad o riesgo prohibitivo
Indicador de calidad: <20%
4. Porcentaje de pacientes del Área III de Salud remitidos a CT preTAVI desde la consulta PreTAVI del HCU Lozano Blesa
Indicador de calidad: >80%

DURACIÓN
El proyecto deberá permitir la puesta en marcha de la consulta PreTAVI, y establecerla de forma permanente en la Cartera de Servicios del Servicio de Cardiología del HCU Lozano Blesa para los pacientes del Área III del Salud.

Calendario previsto
Marzo 2018: Organización de la Consulta
? Creación de check-list
? Base de datos para almacenar la información de los pacientes (formato Excel)
Abril 2018: Apertura de la Consulta

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 - 2019/0895

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DEL ESTUDIO GENÉTICO EN LAS CARDIOPATÍAS FAMILIARES

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PABLO REVILLA MARTI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERREIRA AGUAR ANA ISABEL
ESCOTA VILLANUEVA JAVIER
PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA
MESEGUER GONZALEZ DANIEL
MELERO POLO JORGE
RIO SANCHEZ SARA
RUIZ ARROYO JOSE RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El estudio genético constituye una pieza muy importante dentro de los algoritmos diagnósticos de las cardiopatías familiares. Las guías y los documentos de consenso relacionados con las cardiopatías familiares incluyen los estudios genéticos con los más altos niveles de recomendación. Durante el año 2019 se ha desarrollado el proyecto de mejora en las siguientes fases.

Durante la primera fase se han diseñado los algoritmos diagnósticos de los pacientes con sospecha de cardiopatía heredable, así como del estudio de los familiares de los casos índice. Se ha elaborado un documento que detalla las indicaciones prioritarias y secundarias de solicitud del estudio genético en los pacientes con sospecha de cardiopatía familiar. Se ha incluido además una aproximación a los paneles de genes (NGS) más habituales, enumerando aquellos genes que se consideran prioritarios en cada patología.

En la segunda fase se ha realizado una sesión divulgativa en el servicio de Cardiología de las indicaciones de estudio genético en miocardiopatías. Así mismo se ha centralizado la solicitud de los estudios genéticos para su presentación y valoración por parte de la comisión de Genética del hospital.

A lo largo del año se han registrado todas las solicitudes de estudio genético realizadas y en la última fase se han revisado los resultados y el rendimiento de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2019 se solicitaron 44 estudios genéticos en base a los criterios establecidos desde el servicio de Cardiología del Hospital Clínico “Lozano Blesa”. El 80% (n=35) fueron solicitados desde las consultas de cardiología general y el 20% (n=7) desde las consultas de la Unidad de Arritmias.

Se realizaron 29 estudios de casos índice y 15 de screening familiar siendo la patología más frecuente en ambos casos la miocardiopatía hipertrófica con un 79% y un 46% respectivamente de los estudios.

Se dispone en la actualidad del resultado de 32 estudios, estando los 12 restantes pendientes de extracción o de la recepción del resultado. Los resultados de los 23 estudios genéticos con resultado en los casos índice son los siguientes: positivos 14% (n=3), variante de significado incierto 43% (n=10) y negativos 43% (n=10). En el caso de los estudios familiares se disponen de 9 resultados siendo 7 de ellos portadores (77.7%) y 2 no portadores (22.3%)

Los datos mostrados se han obtenido del registro del servicio de estudios genéticos e Intranet del hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El estudio genético en cardiología tiene utilidad diagnóstica y aplicación directa en cuanto a la capacidad de ofrecer consejo reproductivo/profesional y organizar el seguimiento de los familiares. En algunas ocasiones también tiene implicaciones en el tratamiento y el pronóstico de los pacientes, si bien es cierto que el principal problema radica en que al estudiar múltiples genes se pueden encontrar variantes cuya patogenicidad actual no es conocida.

Durante el desarrollo del proyecto se ha conseguido:
- Elaboración de un documento con las indicaciones de solicitud de estudio genético divididas en prioridad alta y baja.
- Asentar las bases para la creación de una consulta monográfica de cardiopatías familiares.

Como aspectos a mejorar se incluyen:
- Centralizar la atención a las familias con cardiopatías heredables para homogeneizar y elevar la calidad de la asistencia.
- Creación de protocolos para la actuación médica en estas enfermedades.
- Reducir el tiempo entre la solicitud del estudio y comunicación del resultado.
- Aumentar el diagnóstico genético de la miocardiopatía hipertrófica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0895

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DEL ESTUDIO GENÉTICO EN LAS CARDIOPATÍAS FAMILIARES

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/895 ========== ***

Nº de registro: 0895

Título
PROTOCOLIZACION DEL ESTUDIO GENETICO EN LAS CARDIOPATIAS FAMILIARES

Autores:
REVILLA MARTI PABLO, FERREIRA AGUAR ANA ISABEL, ESCOTA VILLANUEVA JAVIER, PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA, MESEGUER GONZALEZ DANIEL, RIO SANCHEZ SARA CARMEN, MELERO POLO JORGE, RUIZ ARROYO JOSE RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las cardiopatías familiares son un grupo de enfermedades heterogéneo caracterizadas por tener una presentación familiar, una base genética y ser potencialmente causantes de muerte súbita.

La genética de las enfermedades cardiovasculares era hasta hace pocos años una herramienta cara y difícil de conseguir, pero con la rápida evolución con las técnicas de next generation sequencing, el estudio genético ha pasado a considerarse una prueba más dentro del arsenal diagnóstico clínico habitual de las cardiopatías familiares. En la actualidad, las guías de práctica clínica lo incluyen con los más altos niveles de recomendación.

La realización de un estudio genético en las cardiopatías familiares tiene un rendimiento de positividad que oscila entre el 20-90% según la patología estudiada. No encontrar una variante patogénica en una familia diagnosticada por criterios clínicos o de imagen no significa que no tenga la enfermedad, sino que probablemente hoy en día no conocemos todos los genes implicados en la misma.

Ante un paciente con una cardiopatía familiar es necesario evaluar a sus familiares ya que existe la posibilidad de que hayan heredado la enfermedad. El estudio genético puede facilitar el estudio familiar en el caso que se haya identificado una variante patogénica en la familia. Además, el diagnóstico temprano de los familiares permite identificar precozmente a los sujetos susceptibles de padecer la enfermedad permitiendo prevenir eventos, instaurar un tratamiento de la enfermedad en estadios más iniciales y realizar un asesoramiento reproductivo.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Establecer el algoritmo diagnóstico general en paciente con sospecha de cardiopatía familiar.
2. Establecer el algoritmo diagnóstico en familiar de paciente con cardiopatía familiar.
3. Establecer criterios de priorización del estudio genético en las cardiopatías familiares.
4. Registro de los estudios genéticos solicitados (casos índice y familiares).

MÉTODO
- Diseño de los algoritmos diagnósticos.
- Sesión divulgativa en el servicio y secciones implicadas.
- Registro de los estudios genéticos solicitados.

INDICADORES
- Número de estudios genéticos solicitados.
- Rendimiento del estudio genético por patología.
- Porcentaje de estudios genéticos de prioridad alta.

DURACIÓN
- Abril 2019 – Realización de algoritmos y criterios de priorización.
- Mayo 2019 – Difusión del protocolo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0895

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DEL ESTUDIO GENÉTICO EN LAS CARDIOPATÍAS FAMILIARES

```
o        Abril 2019 – enero 2020: Registro de los casos.
o        Febrero 2020: Evaluación de los datos obtenidos.

OBSERVACIONES
o        Bases para establecer una consulta específica de cardiopatías familiares.

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1003

1. TÍTULO

CHECK-LIST DIGITALIZADO DEL APARATAJE EN ESTANCIAS HOSPITALARIAS

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE ..... PILAR LOPEZ CUARTERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALTARRIBAS BOLSA ELENA
PAESA GARZA MARIA CRUZ
PEREZ BENDICHO PEÑA
JIMENEZ AGESTA JOANA
CHARLO BERNARDOS MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la creación de un equipo multidisciplinar de los Servicios de Cardiología Intervencionista y Electromedicina del HCU Lozano Blesa, se acordaron los objetivos y el calendario para la puesta en marcha de las actividades, así como las reuniones periódicas del grupo de trabajo. Seguidamente se procedió a inventariar el aparataje de la Unidad y su estado de control, así como si son propiedad del hospital o cedidos, antiguedad, materiales necesarios para su uso (fungibles), etc.. A continuación se estableció y desarrolló, mediante programa Excell, un Check-list del aparataje de la Unidad, que se realiza a diario y queda registrado y centralizado de forma digitalizada. A su vez y de forma paralela, se acordó en siguientes reuniones, elaborar y desarrollar un Sistema de Incidencias, también en forma digitalizada, del aparataje, material, y/u otros efectos de la Unidad, en el que queda pertinencia la tipologia de las incidencias, descripción inmediata, solución y fechas de inicio y cierre de la incidencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con la realización diaria (8am) del check-list del aparataje se han hecho correciones, la mayoría de los casos de falta de material fungible. El registro unificado y centralizado tanto del Check- list como del Sistema de Incidencias nos permite visualizar a cualquier miembro de la Unidad la foto fija y actualizada de como se encuentra los equipos médicos, ya que es de rigurosa importancia en nuestra actividad asitencial, por lo que no se ha registrado ningún evento adverso relacionado con el aparataje de la Unidad. El indicador sobre el Nº de pacientes que han sufrido un evento adverso relacionado con aparataje en la Unidad de Hemodinámica mensual ha sido de valor cero.
Otro resultado obtenido en cuanto al número de incidencias detectadas por servicios técnicos/ electromedicina de forma preventiva mensual corresponde a 0,58 por mes. Que a su vez ha permitido agilizar y controlar las revisiones que deben de realizar las firmas comerciales del aparataje dentro de los contratos de cesión establecidos. El indicador en cuanto al Nº de incidencias detectadas por servicios técnicos/ electromedicina de forma preventiva mensual tiene un valor de 0,58 al mes.
Como último resultado indicativo hace referencia al número de mantenimientos correctivos, llevados a cabo por el Servicio de Electromedicina de equipos en la Unidad de Hemodinámica, obteniendo una media de 3 mantenimientos correctivos al mes de los equipos en la Unidad de Hemodinámica, lo que ha permitido facilitar y acelerar el estado operativo de los equipos médicos reducción tiempos y coste. El indicador sobre el Nº de mantenimientos correctivos de equipos en la Unidad de Hemodinámica mensual tiene un valor de 3 al mes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La sistemática implantada nos está permitiendo registrar cualquier tipo de evento que modifique la actividad asistencial en la Unidad, y determinar su frecuencia. A su vez se han ido implantando modificaciones para hacer dichos registros lo más operativos y accesibles posible, facilitando la participación del personal.
Se recomienda mantener en el tiempo la implantación del sistema y registro, de tal forma que se obtengan resultados más globales.
Como proyecto piloto que fue iniciado, consideramos su puesta en marcha en otras Unidades del hospital en las que su actividad asistencial depende en gran medida de aparataje (Ucis, Anestesia, otras..)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1003 ========== ***

Nº de registro: 1003

Título
CHECK-LIST DIGITALIZADO DEL APARATAJE EN ESTANCIAS HOSPITALARIAS

Autores:
LOPEZ CUARTERO PILAR, ALTARRIBAS BOLSA ELENA, PAESA GARZA MARIA CRUZ, PEREZ BENDICHO PEÑA, BAÑOS LEDESMA MARIA VICTORIA, JIMENEZ AGESTA JOANA, CHARLO BERNARDOS MARTA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1003

1. TÍTULO

CHECK-LIST DIGITALIZADO DEL APARATAJE EN ESTANCIAS HOSPITALARIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que requieren de medidas soporte vital
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La innovación en la tecnología y el conocimiento han creado un sistema de salud de enorme complejidad en el que nos desenvolvemos en la actividad asistencial diaria. Algunas unidades y estancias de nuestro hospital (Cardiología Intervencionista- Hemodinámica, Boxes Vitales Urgencias, Unidades de Cuidados Intensivos, Áreas de Anestesia, etc.), están dotadas de material y aparataje necesario para la asistencia de un tipo de paciente que presenta diferentes patologías pero que comparten características similares en cuanto a su riesgo vital. Esta tecnología permite la resolución y la asistencia de situaciones de alto riesgo generando entornos complejos y la disposición de que el equipamiento soporte funcione correctamente.
El uso de un check-list de aparataje en un formato digitalizado, va servir para trabajar de forma estandarizada, homogénea, y segura, tanto para profesionales habituales como para los de nueva incorporación, y personal de sustituciones / vacaciones. Lo que hará que se cree un ámbito laboral de seguridad, que garantizará una mejora de la calidad asistencial. El formato electrónico permite que la información de varios actores del ámbito de la salud converjan en una base de datos estructurada, y que los problemas causados o cualquier otra inconsistencia de datos pueden solucionarse con gran eficacia. Por lo que se establecería un vínculo o link con electromedicina / servicios técnicos, y/o supervisión de la unidad, y la creación de una incidencia de forma inmediata lo que facilitará y agilizará la resolución del problema, tanto por parte de estos servicios o de la casa comercial si fuese necesario, encontrando en ésta otra de la ventajas de la digitalización ya que ayudaría a desburocratizar el sistema.

RESULTADOS ESPERADOS
- Evitar y/o reducir posibles eventos adversos relacionados con el aparataje.
- Crear un entorno laboral de seguridad a través de una forma estandarizada y homogénea de verificación del aparataje en la actividad asistencial diaria.
-Control y mantenimiento preventivo del aparataje y su material necesario siempre en condiciones óptimas.
-Unificación y coordinación en los registros de verificación del funcionamiento del aparataje.
-Conocimiento y participación de los profesionales en la implantación de prácticas seguras.

MÉTODO
Mediante la creación de un equipo multidisciplinar describir y poner en marcha un proyecto piloto en la unidad de cardiología intervencionista diseñando una lista de verificación o check-list del aparataje utilizado a diario (respirador, monitor desfibrilador, aspirador, marcapasos, material IOT, balón contrapulsación, etc.) tanto en codificación e identificación de equipos, como su mantenimiento y correcto funcionamiento. Posteriormente se trasladará a una plataforma excell realizando las correcciones oportunas consiguiendo un registro único, accesible y de fácil uso.
En fases posteriores se estudiaría la posibilidad de extrapolar a otras unidades antes mencionadas, y la creación de un programa informático unificado y coordinado a nivel hospitalario.

INDICADORES
1- Elaboración de check-list de seguridad del equipamiento en la Unidad de Hemodinámica.
2 – Nº de intervenciones demoradas por aparataje no operativo mensual.
3- Tiempo medio de demora por intervención por aparataje no operativo mensual.
4- Nº de mantenimientos correctivos de equipos en la Unidad de Hemodinámica mensual.
5-Nº de incidencias detectadas por servicios técnicos/ electromedicina de forma preventiva mensual.
6-Nº de pacientes que han sufrido un evento adverso relacionado con aparataje en la Unidad de Hemodinámica mensual.
7- Grado de seguridad de los profesionales de la Unidad de Hemodinámica tras el uso de listado de verificación de aparataje digitalizado.

DURACIÓN
El proyecto piloto se desarrollará a lo largo del 2019(fecha de comienzo Febrero 2019), con reuniones quincenales y/o mensuales y difusión por parte del mismo equipo inicial. En fases posteriores se irá ampliando a otros profesionales según necesidades y puesta en marcha.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1003

1. TÍTULO

CHECK-LIST DIGITALIZADO DEL APARATAJE EN ESTANCIAS HOSPITALARIAS

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 - 2019/1008

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR (ENFERMERIA Y CARDIOLOGIA) EN EL PACIENTE AMBULATORIO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DEL CME MONCAYO. SECTOR III

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... OCTAVIO JIMENEZ MELO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNAEZ BRUNA LAURA
ANEL GRACIA SILVIA
PASCUAL GONZALEZ BEATRIZ
ORCASTEGUI DELSO JUAN LUIS
ASENSIO CARNICERO MARA
MARINA GOMEZ ABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Captación por parte del Facultativo Especialista de Área de Cardiología (Dr. Jiménez Melo) de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y que pudieran beneficiarse de un seguimiento más estrecho por parte del personal de Enfermería del CME Moncayo.

- Un promediode 20 atenciones presenciales: primera entrevista por personal de Enfermería de 30 minutos de duración en la que se interrogaba sobre: alergias medicamentosas conocidas, medicación actual del paciente, patologías cardiológicas y de otra índole, hábitos tóxicos, últimas descompensaciones por IC y un apartado abierto para que el paciente exprese lo que considere necesario que debamos saber. En la primera consulta se realizaba una exploración física (tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, cálculo de índice de masa corporal, coloración de la piel, existencia o no de edemas). Además, valoración de Enfermería basándose en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. En base a todo lo anterior se deducían los Diagnósticos de Enfermería según la clasificación NANDA para trabajar sobre los mismos en las posteriores visitas con nuestros pacientes diana. Con todos los datos objetivos y subjetivos recopilados se clasificaba la clase funcional de la NYHA (New York Heart Association). Al inicio y al final del programa de realizaba el test de Minessota para cuantificar la calidad de vida de los pacientes con IC.

- Se realizaron 2 sesiones grupales para paciente y familiares. Se realizaron en sala de reuniones con diapositivas powerpoint.

- 8 Atenciones telefónicas a pacientes en los que se preguntaba situación clínica, valorar tolerancia a cambios de medicación realizada por el cardiólogo, etc.

- 20 atenciones presenciales no programadas a los pacientes a los que se había pautado nuevos tratamientos y que precisaran seguimiento estrecho para ajuste de dosis, valorar resultados de laboratorio, etc.

- Teniendo todos los datos recopilados se valoraba con calculadoras de riesgo cardiovascular validadas el riesgo de muerte por IC, reingreso y muerte + IC (antes y después del programa).

- En cuanto al calendario marcado se ha cumplido con el calendario marcado a los 3 y 6 meses del proyecto.

- Los recursos empleados han sido los propios profesionales implicados en el proyecto (Cardiólogo, enfermería y administrativo), las instalaciones del CME Moncayo (la sala multiusos para las sesiones grupales en las que nos ayudábamos de soporte informático y las consultas tanto de cardiología como de enfermería en la que teníamos todo el material necesario como tensiómetro, báscula de peso…)

- Para la realización del proyecto se realizó material específico de formación por parte de los profesionales (diapositivas powerpoint), modelo de historia en papel para rellenar los datos específicos del programa.

- Para la promoción de los resultados se realizaron 3 comunicaciones para congresos científicos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- En los primeros 6 meses se incluyeron 12 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. La intervención en el grupo consistió en un total de 20 consultas presenciales con enfermería, 8 llamadas telefónicas, 2 sesiones educativas grupales teóricas y las consultas con Cardiología.

- Las características basales de los fueron las siguientes: edad media 74 años. El 33% eran mujeres y el 67 % varones. Sólo el 8% con hábito tabáquico activo y un 25 % con hábitos enólicos. EL 83 % reconocían no realizar actividad física regular. El 83% refería realizar alimentación equilibrada. Al inicio del programa un 34 % se encontraban en la clase funcional II de la NYHA, y un 66 % en clase funcional III.

- Se calculó la variación de las variables clínicas y analíticas PRE y POST intervención. Tras la optimización del tratamiento ajustado a las guías de práctica clínica; se consiguieron los siguientes resultados:
* Disminución de 4 puntos de media en los valores de Tensión arterial sistólica.
* Disminución de 1 punto de media en los valores de frecuencia cardíaca basales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1008

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR (ENFERMERIA Y CARDIOLOGIA) EN EL PACIENTE AMBULATORIO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DEL CME MONCAYO. SECTOR III

* Disminución de 0,74 puntos de media en los valores de peso.
* Aumento de 1 punto de media en los valores de FEVI.
* Aumento de 5 puntos de media del Filtrado Glomerular.
* Disminución de 0,2 puntos de media en la Hemoglobina glicosilada.
* Disminución de 0,2 puntos de media en LDL colesterol.
* Disminución de 1438 puntos de media en los valores de NTproBNP

La optimización del tratamiento médico consistió en ajuste de diuréticos e inicio o ajuste de IECAs/BRA/ARi/ARM/DAI/TRC.

- Se calcularon PRE y POST intervención el “riesgo de muerte a 1 año”, “riesgo de ingreso por IC a 1 año” y “combinado de riesgo de muerte IC o ingreso IC a 1 año”. Estos cálculos se realizaron a través de la herramienta validada BCN Bio HF calculator la cual utiliza una combinación de diversas variables clínicas (edad, sexo, clase funcional de la NYHA, filtrado glomerular renal estimado, sodio, hemoglobina, y fracción de eyección de ventrículo izquierdo), variables de tratamiento (dosis de diurético de asa, tratamiento con estatinas, betabloqueantes e iECA-ARA2), conjuntamente con una combinación de nuevos biomarcadores.

* Calculo riesgo de muerte: se consiguió una disminución de 9 puntos de media.
* Calculo riesgo de ingreso por IC: se consiguió una disminución de 1 punto de media.
* Calculo de riesgo de muerte o ingreso IC: se consiguió una disminución de 7 puntos de media.

- La expectativa media de vida a través de la calculadora validada bioHF, se calculó que PRE intervención era de 4.33 años y la que la expectativa media de vida POST intervención es de 6 años, consiguiéndose pues una aumento de 1.7 puntos de media en expectativa de vida.

- En la consulta inicial el test MLWHF (“Minnesota Living With Heart Failure”) tuvo una puntuación media de 33 puntos y a los 6 meses de la intervención una puntuación media de 26 puntos lo que supone una disminución de 7 puntos, que supone mejoría de calidad de vida percibida por los pacientes.

- 7 pacientes tenían indicación de hierro I.V. por déficit de hierro. No se administró hierro I.V. por no contar con su disponibilidad en el centro.

- Se valoraron las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson en todos los participantes y los diagnósticos de enfermería NANDA trabajando en las siguientes consultas en base a esto.

- Durante el programa hubo 5 descompensaciones en total que requirieron acudir a Urgencias.

- En la primera visita y al final del programa rellenaron el cuestionario “Minnesota Living With Heart Failure”(MLWHF) que es el instrumento más utilizado para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca y que contiene 21 ítems y dos dimensiones: física y emocional. En la consulta inicial el test MLWHF tuvo una puntuación media de 33 puntos y a los 6 meses de la intervención una puntuación media de 26 puntos lo que supone una disminución de 7 puntos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La importancia del equipo multidisiplinar para paciente con IC queda demostrada en la mejora de calidad de vida del paciente medido a través del cuestionario “Minnesota Living With Heart Failure”(MLWHF).

- Queda demostrado la mejoría en la optimización del tratamiento médico de los pacientes en el programa.

- Se cumplieron los objetivos en la disminución del riesgo de muerte y de ingresos por IC en los participantes del programa.

- Tras la intervención se consiguió aumentar el cálculo en la expectativa de vida de los pacientes.

- Se consiguió identificar variables clínicas y diagnósticos de enfermería en los cuales enfocar el seguimiento.

- Valoramos la disposición de la subdirecciones en facilitar tiempo al personal de enfermería para la organización de este proyecto. Sin embargo, quisiéramos mejorar dicho aspecto y poder contar con una agenda de citación semanal para la dedicación a la consulta.

- Realizar en próximas consultas la valoración de la adherencia al tratamiento.

- Necesidad de disponer en nuestro centro por ser zona de difícil acceso al Hospital clínico, de la posibilidad de administración de hierro IV. 7 pacientes de los primeros 6 meses se beneficiarían de dicha terapia consiguiéndose según los estudios mejoría de la clase funcional de la IC, disminución del 41 % de la mortalidad cardiovascular y hospitalizaciones cardiovasculares; además, disminución de un 59 % de ingresos por IC. Para esto sugerimos contar en el centro con posibilidad semanal de la administración y hierro IV. Del centro, se beneficiarían además los pacientes de Ginecología que hasta ahora tienen que acudir a Zaragoza.

- La participación de un componente administrativo ha facilitado la realización del proyecto al contar el mismo en la localización de pacientes, citaciones, organización de agendas del proyecto, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1008

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR (ENFERMERIA Y CARDIOLOGIA) EN EL PACIENTE AMBULATORIO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DEL CME MONCAYO. SECTOR III

- Queda en evidencia que tratamos con una población del sector III diferente (difícil acceso al centro, distancia con H. Clínico como centro de referencia, pacientes mayores, medio rural).

- Se puede optimizar aún más el tratamiento médico en la búsqueda de optimizar valores clínicos y analíticos; para esto se necesita continuación del programa en próximas ediciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1008 ========== ***

Nº de registro: 1008

Título
PROGRAMA DE INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR (ENFERMERIA Y CARDIOLOGIA) EN EL PACIENTE AMBULATORIO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DEL CME MONCAYO. SECTOR III

Autores:
JIMENEZ MELO OCTAVIO, ANEL GRACIA SILVIA, HERNAEZ BRUNA LAURA, PASCUAL GONZALEZ BEATRIZ, ORCASTEGUI DELSO JUAN LUIS, ASENSIO CARNICERO MARA, MARINA GOMEZ ABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO MONCAYO

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
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad que por su prevalencia e impacto sobre la salud es objeto de una continua búsqueda de medidas eficaces para su manejo. En España constituye la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años. La prevalencia de la IC aumenta exponencialmente con la edad y con la pirámide poblacional en nuestro medio supone un incremento de la carga asistencial y de la utilización de recursos sanitarios, representando entre el 1,5-2 % del gasto sanitario. La mortalidad entre pacientes ambulatorios con IC va desde el 6 al 37%, y aunque ha disminuido en los últimos años, se siguen buscando estrategias que disminuyan de manera significativa los reingresos y descompensaciones. Como respuesta a esta necesidad han nacido unidades de manejo multidisciplinar donde destaca el rol de enfermería en el manejo del paciente cardiológico ambulatorio. Nuestra consulta de Cardiología del CME del Moncayo no se escapa a esta realidad, además, contamos con problemas añadidos como lo son mayor porcentaje de población con edad avanzada y población de medio rural con dificultades de acceso. Considerando la importancia de la IC, el medio en el que se encuentra nuestra consulta y la figura demostrada en la enfermería en los programas de atención multidisciplinar justificamos la pertinencia de iniciar un programa de atención de Enfermería al paciente cardiológico de nuestro centro. Constituiría además proyecto piloto como consulta de Enfermería de este perfil en el sector III.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es la creación de una consulta de enfermería que se desarrolle simultáneamente a la consulta de Cardiología. Los objetivos están muy bien definidos y son:
1. Reducir los reingresos por IC.
2. Reducir el riesgo de muerte y el riesgo de ingreso por IC.
3. Mejorar la calidad de vida relacionada con la IC.
4. Incrementar el nivel de autocuidado de los pacientes.
5. Alcanzar un perfil de tratamiento médico adecuado a las guías de actuación clínica.
6. Medir el impacto del rol de enfermería en el manejo del paciente IC.
Se seleccionarán los pacientes con diagnóstico de IC que sean valorados en la consulta de Cardiología del CME Moncayo y que en conjunto (Cardiólogo-enfermería) se considere que se pueda beneficiar del programa. El programa tendrá duración de 12 meses.

MÉTODO
Las actividades se basarán en 4 aspectos: ACTUACIÓN EDUCATIVA (pacientes y familiares). ADECUACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1008

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR (ENFERMERIA Y CARDIOLOGIA) EN EL PACIENTE AMBULATORIO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DEL CME MONCAYO. SECTOR III

TERAPÉUTICA (supervisión/titulación de fármacos). EVALUACIÓN CLINICA (estatus del paciente). APROXIMACIÓN DE NIVELES ASISTENCIALES (facilitar el contacto con la asistencia sanitaria).
El plan de atención a los pacientes consistirá en:
- Atención programada: valoración a la entrada al programa, a los 3, 6 y 12 meses. En la primera consulta se realizará valoración inicial por enfermería (FRCV, tratamiento, IMC, diuresis, edemas, etc). Valoración de la situación antes del inicio del programa: adherencia al tratamiento, número de ingresos y descompensaciones al año, necesidades básicas de Virginia Henderson, calidad de vida, etc. En consultas sucesivas valoración de los cambios y mejoras en dichos aspectos.
- Atención no programada: pacientes a los que se paute nuevos tratamiento que precise titulación (diuréticos, antiHTA, etc) que precisen seguimiento estrecho para ajuste de dosis y evitar complicaciones. Citados a demanda de Enfermería y Cardiología.
- Atención telefónica: para casos muy seleccionados con difícil acceso al centro sanitario (medio rural, limitación movilidad, etc) a los cuales se pueda preguntar por síntomas o signos de alarma que precisen valoración.
- Sesiones planificadas de educación: durante los 12 meses se realizarán 3 sesiones educativas grupales.

INDICADORES
A los 3, 6 y 12 meses se revalorará a todos los pacientes. Se monitorizarán las mejorías respecto al inicio del programa y los resultados con:
1. Cuestionarios de calidad de vida (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire).
2. Adherencia al tratamiento (test de batalla, test Morisky-Green).
3. Valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y los diagnósticos de enfermería de la NANDA.
4. Mediremos y comparemos respecto al año previo la tasa de reingreso por IC y por otras causas.
5. Tasa de descompensaciones que precisan valoración Urgencias o MAP.
6. Mediante el score validado BioHF calculator se valoraran 3 aspectos específicos para ver si ha variado respecto al inicio del programa: riesgo de muerte, riesgo de ingreso por IC, riesgo de muerte o ingreso por IC.

DURACIÓN
Inclusión por parte de Enfermería y Cardiólogo de Tarazona desde la aprobación del proyecto. Se finalizará a los 12 meses de inclusión de cada paciente, siendo prorrogable según los resultados obtenidos. Numeral 6.

OBSERVACIONES
Valorar 6to componente por administrativo.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1041

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE ..... ANTONELA LUKIC OTANOVIC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ ARROYO JOSE RAMON
LINARES VICENTE JOSE ANTONIO
JORDAN DOMINGO MARTA
SIMO SANCHEZ BORJA
JIMENEZ MELO OCTAVIO
REVILLA MARTI PABLO
DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Análisis del año 2018: Se ha realizado un análisis retrospectivo de los 61 pacientes atendidos en urgencias del HCU con ICP primaria realizada en HCU en el año 2018. Se han detectado demoras sustancialmente más prolongadas que los tiempos óptimos recomendados por las guías (HCU- demora de activación 55 min, demora de traslado 25 min, demora de sala 22 min, demora de sistema 100 min (medianas)- supone unos 30 min por encima de los tiempos recomendados). En muchos de los casos no ha sido posible determinar la hora del ECG. Más de 50% de los analizados han sido valorados por Cardiología previo a la activación del Código. El análisis de los datos no permite determinar de forma fidedigna cual es el principal determinante del alargamiento de las demoras ya que alguna de las actuaciones o bien no están registradas o no disponen de registro de la hora de su realización. Resumen de las recomendaciones internacionales: Una demora < 10 min para realización e interpretación del electrocardiograma (ECG). Una demora < 10 min desde el diagnostico hasta fibrinólisis (valorar reperfusión a los 60- 90 min). Una demora <60 minutos desde diagnóstico hasta ICP primaria (ICPp) (paso de la guía). Los pacientes transferidos para ICPp deberían ir directamente a hemodinámica. Todos los SCACEST deben permanecer monitorizados.
Análisis del año 2019: Tras la recogida de los datos del año 2018 se ha procedido a realizar una serie de sesiones clínicas tanto en el Servicio de Urgencias como en el Servicio de Cardiología, de cara a difundir los resultados, invitar a los profesionales a reflexionar y solicitar colaboración en cuanto a los registros de los tiempos de actuaciones en las historias clínicas de los pacientes. Así, se solicitó además que se modificara el método de almacenamiento de los electrocardiogramas en la historia del paciente, ya que la utilización del esparadrapo cubriendo la hora de la realización del ECG impedía el análisis de las demoras diagnósticas. Se les invitó a los profesionales a utilizar grapadora antes que el esparadrapo para unir los ECG. Además, se solicitó que se anotara la hora de solicitud y de la realización de la interconsulta a Cardiología.
Tras ello, se ha realizado un análisis retrospectivo de los 74 pacientes atendidos en urgencias del HCU con ICP primaria realizada en HCU en el año 2019. A pesar de haber notado una reducción de los tiempos de actuación respecto al año 2018, se han detectado demoras más prolongadas que los tiempos óptimos recomendados por las guías (HCU- demora de activación 33 min, demora de traslado 27,5 min, demora de sala 24,5 min, demora de sistema 92 min (medianas)- supone unos 22 min por encima de los tiempos recomendados). La revisión ha permitido recoger la hora de realización del ECG en muchos más pacientes que el año anterior, por lo que ha sido posible establecer la demora de diagnóstico (puerta-realización del ECG) en 9 minutos de mediana. Más de 60% de los analizados han sido valorados por Cardiología previo a la activación del Código, hecho que se mantiene similar o mayor que el año anterior. De hecho, en 2019 todos los pacientes remitidos a urgencias por parte de hemodinámica por dudas diagnosticas han sido valorados por Cardiología antes de activar Código infarto. En concreto, un 62,8% de los pacientes con SCACEST han sido valorados por Cardiología, 73% de los transferidos y 58,7% de los que han acudido a urgencias por sus propios medios. Se requiere de un análisis en profundidad del porqué de tanta demanda de valoración por Cardiología: por dudas diagnósticas? Por desconocimiento del protocolo? Etc… Los datos demuestran que en aquellos pacientes que acuden por sus propios medios, son valorados por profesionales de Urgencias quienes posteriormente solicitan una valoración por Cardiología son los pacientes que presentan mayores demoras y representan situaciones en las que hay que profundizar el análisis. Si es el personal de Urgencias el que activa el Código Infarto son los pacientes con los mejores tiempos de actuación y esa sería la actuación ideal a la que habría que aspirar, igual no en 100% de los casos pero mucho más que los 50% que observamos en la actualidad. Así mismo, las demoras de sala y de traslado se mantienen estables, unos minutos más prolongadas que el año anterior con más picos de sobrecarga que el año previo. No se ha realizado ninguna actuación formativa ni informativa a nivel de los celadores del hospital.
Desarrollo proyecto:
CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR: Como parte del trabajo inicial se ha sugerido la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por FEAs de Servicio de Urgencias, DUEs de Urgencias, FEAs de Cardiología, FEAs de Hemodinámica, DUEs de Hemodinámica, FEAs de UCI, Celadores y Residentes que actualmente está prácticamente definido.
ALGORITMO DE RECOGIDA DE TIEMPOS DE ACTUACIÓN: Dado que durante el análisis retrospectivo de los datos se han detectado varios fallos-problemas a la hora de la recogida de información útil para monitorizar los tiempos de actuación, se ha decidido crear de forma provisional una hoja de registro unificada que engloba los tiempos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1041

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESA

de actuación desde el inicio de los síntomas y a través de las diferentes fases de atención del SCACEST por las que ha pasado cada paciente en concreto. Se consideró no viable en la actualidad acudir al formato electrónico del registro de las actuaciones ya que el sistema actual no permite recoger todas las variables y no disponemos de medios materiales ni personales para la elaboración de un programa informático dedicado a ello. El registro de actuaciones del Código Infarto actualmente no está en funcionamiento por lo que se ha considerado esta vía como la única factible de cara a monitorizar nuestras actuaciones a nivel local.Según el lugar del primer contacto médico se deberán de rellenar diferentes campos del algoritmo. Los algoritmos de muestran en la hoja adjunta. El médico que atiende al paciente en cada paso es el responsable de recoger dicha información, siendo el hemodinamista el último escalón del mismo. La recogida de los datos del algoritmo se realizará de forma prospectiva, recurriendo solamente de forma puntual a su cumplimentación de forma retroactiva, siempre lo más cercano al momento de la actuación.Se ha decidido de momento analizar los datos recogidos de la información solamente en las semanas en las que nuestro centro es el centro de referencia de alerta de hemodinámica, aunque esto no excluye que se proceda a la recogida de información de todos los SCACEST que puedan ser atendidos en nuestro Servicio de Urgencias, aunque posteriormente se trasladen para la realización de cateterismo cardiaco al Hospital Miguel Servet. Dicho registro quedará almacenado en Hemodinámica. De cara a unificar los criterios de cumplimentación, se ha procedido a elaborar un glosario de términos que se detalla a continuación.
DEFINICIONES: De cara a unificar los criterios y evitar sesgos a la hora de recoger los datos, se han definido cada variable a recoger de la siguiente forma:
- Fecha y hora de inicio de síntomas: Se intentará recoger la hora y minutos más aproximados del momento del inicio de síntomas. Para ello nos basaremos en las definiciones de American College of Cardiology Foundation/American Heart Association (ACCF/AHA) Task Force on Clinical Data Standards: En los casos en los que los síntomas son claramente definidos, se considerará como momento de inicio de síntomas el momento en el que el paciente nota por primera vez los síntomas isquémicos que duren =10 min. Si el paciente presenta síntomas intermitentes, anotar la fecha y la hora-min del síntoma de isquemia mas reciente antes de llegar al hospital. Si los síntomas varían en cualidad o intensidad, considerar la hora de inicio aquella en la que los síntomas se hacen constantes en intensidad o características. Los síntomas que se tendrán en cuenta son dolor u opresión torácica, de mandíbula o brazo, disnea, nauseas o vómitos, cortejo vegetativo u otros equivalentes sugestivos del infarto. A pesar de que entendemos que puedan existir variabilidades interpersonales, tanto en la identificación y definición de los síntomas por parte del paciente, como en la manera de interpretar los síntomas por parte de los profesionales, se procurará llegar a una hora aproximada del inicio de los síntomas en cada paciente.
- ECG diagnóstico de SCACEST o equivalente: Se considerará como ECG diagnostico aquel registro realizado con calibración estándar de 10 mm/mV, en el contexto clínico adecuado, en el que se objetive alguna de las siguientes alteraciones: Elevación del ST a nivel del punto J en al menos 2 derivaciones contiguas mayor de 2,5 mm en varones menores de 40 años, 2 mm en hombre de igual o más de 40 años o de 1.5 mm en mujeres en derivaciones V2-V3 y/o 1 mm en otras derivaciones (en ausencia de HVI o BRIHH). En pacientes con IAM inferior se deberán realizar derivaciones precordiales derechas (V3R y V4R) para detectar infarto de VD (deberá existir una elevación mayor o igual a 0.5 mm. Descenso del ST en V1-V3, especialmente si onda T positiva equivale a elevación del ST y debería ser confirmada mediante derivaciones posteriores V7-V9 en las que se deberá objetivar una elevación de al menos 0,5 mm para diagnosticar infarto posterior. BRIHH o BRDHH de nueva aparición. Ausencia de elevación del ST pero con presencia de los síntomas isquémicos sugestivos de infarto junto a al menos uno de los siguientes: inestabilidad hemodinámica o shock cardiogénico, dolor torácico recurrente refractaria al tto médico, arritmias malignas o PCR, complicación mecánica del infarto, edema agudo de pulmón o elevación intermitente del ST.
- Dudas diagnósticas: Se marcara como causa de no ir directamente a la sala de hemodinámica esta opción en caso de: Considerarse que el ECG inicial no cumpla con los criterios arriba descritos. Considerarse el cuadro clínico no compatible (paciente asintomático, paciente con clínica muy prolongada, atípica...).
- Inestabilidad hemodinámica: Se marcara como causa de no ir directamente a la sala de hemodinámica esta opción en caso de necesidad imperiosa de pasar el paciente por la sala de urgencias vitales para su estabilización previo el paso a hemodinámica.
- Sala ocupada: Se marcara como causa de no ir directamente a la sala de hemodinámica esta opción en caso de no poder pasar al paciente directamente a la sala debido a la ocupación de la sala de hemodinámica, obligando a mantener el paciente monitorizado más tiempo en la sala de urgencias vitales.
- Hemodinamista recomienda valoración en urgencias: Se marcara como causa de no ir directamente a la sala de hemodinámica esta opción en caso de que haya sido el hemodinamista, tras comentar el caso telefónicamente, el que haya decidido solicitar valoración previa en el servicio de urgencias.
- Hora de llamada a cardiología: Se considera la hora y minuto en la que el personal médico de urgencias solicite telefónicamente la colaboración de Cardiología de guardia.
- Hora de atención por cardiología: Se considera la hora y minuto en la que el personal médico de guardia de Cardiología acude a urgencias para valorar al paciente.
- Hora de llamada a hemodinámica: Se considera la hora y minuto en la que se solicita activación del Código Infarto mediante llamada telefónica o conversación directa con el hemodinamista de guardia o en activo.
- Hora de aceptación por hemodinámica: Se considera la hora y minuto en la que se acepta para la realización de cateterismo cardiaco.
- Hora de salida de urgencias: Se considera la hora y minuto en la que el paciente abandona el Servicio de Urgencias para ir hacía la sala de Hemodinámica.
- Hora de llegada a la sala: Se considera la hora y minuto en la que el paciente llega a la sala de Hemodinámica
- Hora de inicio del procedimiento: Se considera la hora y minuto de la punción arterial.
- Hora de paso de guía: Se considera la hora y minuto de en la que se consigue cruzar la lesión con guía de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1041

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESA

angioplastia.
- Hora de finalización del caso: Se considera la hora y minuto en la que se retiran los catéteres dando por finalizado el procedimiento.
- Demora llegada a urgencias- realización del ECG diagnostico: Definido como el tiempo que transcurre desde que el paciente llega al Servicio de Urgencias hasta la realización e interpretación del electrocardiograma como diagnóstico del SCACEST. También denominado Demora de diagnostico.
- Demora ECG -llamada: Definido como el tiempo que transcurre desde que se interpreta el ECG como diagnostico del SCACEST hasta que se realiza la llamada a hemodinámica. También denominado Demora de activación.
- Demora llamada/aceptación - llegada a la sala de hemodinámica: Definido como el tiempo que transcurre desde que se contacta con hemodinámica, se acepta el paciente para cateterismo cardiaco y se traslada desde urgencias hasta la sala de hemodinámica. También denominado Demora de traslado.
- Tiempo sala-guía: Definido como el tiempo que transcurre desde que el paciente llega a la sala hasta el paso de la guía de angioplastia a través de la lesión responsable del infarto. También denominado Demora de sala.
ANALISIS DE LOS POSIBLES FACTORES CONTRIBUYENTES A LAS DEMORAS: Para poder analizar los posibles factores contribuyentes a las demoras previamente objetivadas, se ha realizado un brainstorming del grupo y se han detectado factores variopintos en dependencia del punto de vista de las diferentes categorías y ubicaciones profesionales. En general, se han desglosado los diferentes tiempos de actuación de cara a poder analizar de forma más detallada cada uno de los componentes de Demora del sistema quedando distribuidos de la siguiente forma:
- Demora llegada a urgencias- realización del ECG diagnostico (Demora de diagnostico): Definido como el tiempo que transcurre desde que el paciente llega al Servicio de Urgencias (contabilizado desde la admisión electrónica del paciente en el Servicio de Urgencias) hasta la realización e interpretación del electrocardiograma como diagnóstico del SCACEST. Factores detectados: No se interpretan bien los síntomas. Se tarda en hacer ECG (sobrecarga asistencial, traslado del paciente de una camilla a otra). Se tarda en interpretar ECG (sobrecarga asistencial, no se avisa a médico adjunto/residente). No se interpreta correctamente el ECG (falta de conocimientos-formación, excesiva rotación del personal, derivación de responsabilidad a los residentes). Los ECG previos no digitalizados, no puedo comparar en caso de duda. El aparato de ECG no disponible (recursos materiales). Vital ocupado (sobrecarga asistencial). Sobrecarga en triaje (puede demorarse hasta 1 hora en situaciones de sobrecarga asistencial). Falta de concienciación sobre el tema. No puedo acceder a HCE. Se solicita desde hemodinámica valoración por Cardiología previa a la activación, pero Cardiología lo desconoce.
- Demora ECG -llamada (Demora de activación): Definido como el tiempo que transcurre desde que se interpreta el ECG como diagnostico del SCACEST hasta que se realiza la llamada a hemodinámica. Factores detectados: El 061 tarda en contestar- pasas por varios filtros. El hemodinamista no responde. Falta de conocimiento del procedimiento de activación (no sé el numero, no sé cómo se hace). No me atrevo a llamar. Igual que lo vea primero Cardiología para asegurarme. Experiencias personales: El otro día llame por uno más claro y lo rechazaron, este seguro que también, para qué llamar...Disponibilidad del teléfono para hablar con 061. El hemodinamista no lo ve claro y solicita valoración por cardiología. Cardiólogo de guardia ocupado- sobrecarga de llamadas (no se dispone de 2º llamada).
- Demora llamada/aceptación - llegada a la sala de hemodinámica (Demora de traslado): Definido como el tiempo que transcurre desde que se contacta con hemodinámica, se acepta el paciente para cateterismo cardiaco y se traslada desde urgencias hasta la sala de hemodinámica. Factores detectados: El desplazamiento del personal de hemodinámica desde su domicilio hasta el hospital (guardia localizada). Traslado hasta la sala de hemodinámica- disponibilidad de los celadores. Preparación del paciente para el traslado (monitor, bombas de perfusión, respirador, ropa).
- Tiempo sala-guía (Demora de sala): Definido como el tiempo que transcurre desde que el paciente llega a la sala hasta el paso de la guía de angioplastia a través de la lesión responsable del infarto. Factores detectados: Sala de hemodinámica ocupada (solo disponible una sala). No se dispone de celador propio de hemodinámica en horario de guardia. Personal justo en horario de guardia. Formación y destreza del personal. Disponibilidad del material adecuado
- Factores generales relacionados con el proceso: Definidos como factores transversales que no encajan en concreto en ninguna de las categorías arriba descritas: Factores detectados: Se desconoce y no se sigue el protocolo local. Falta de actualización del Código Infarto Aragón a las Guías de práctica de SCACEST. Confusión entre los criterios de activación entre los dos hospitales con hemodinámica. No se realizan mediciones para reforzar los incumplimientos. Falta de auditoría de los datos. Falta de feed back entre los distintos servicios implicados en la atención. Portal de recogida de datos poco operativo (casilla de código infarto en el PCH). Falta de disponibilidad de informáticos. No hay un registro vigente. . Falta de definición de los términos/ variables. Personal poco estimulado. Dificultad de formar y de contratar personal formado.
DIAGRAMA DE ISHIKAWA (ESPINA DE PESCADO): Para la elaboración de Diagrama de Ishikawa los factores contribuyentes arriba descritos se han dividido en las siguientes categorías: Recursos humanos, Recursos materiales / infraestructuras, Sistemas de información y registro y Proceso. Los diferentes componentes de cada uno de ellos se pueden ver en el propio diagrama.
ANALISIS, EVALUACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE RIESGOS CON AMFE: Para la elaboración y análisis de AMFE el proceso de asistencia del SCACEST se ha dividido según el esquema adjunto.
Etapa 2: Difusión entre los profesionales y explicación de la importancia del registro. Recogida de datos. Etapa 3: Reuniones trimestrales del grupo de cara a revisar los casos recogidos y auditar las demoras (detección de riesgos). Recogida de las demoras, primer ECG (o ECG diagnóstico de SCACEST) y cateterismo para cada paciente. Análisis causa raíz para los potenciales eventos adversos graves derivados de las demoras. Generación de un informe en cada reunión con feed back en los dos servicios. Etapa 4: Creación de un informe anual con propuesta de plan de contingencia de corrección de riesgos (demoras injustificadas generadas). Etapa 5: Puesta en marcha de los planes de contingencia. Análisis de las mejoras conseguidas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1041

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha avanzado en la elaboración del grupo, se han elaborado los formularios de recogida de información, se ha trabajado en la detección de los fallos, causas y posibles métodos de detección, se ha elaborado el análisis de los 135 pacientes atendidos en los últimos dos años y se ha preparado una sesión en power point con los principales resultados. Se han analizado los pacientes con mayor demora de cara a valorar cual ha sido la demora principal y su causa, etc. Se adjuntan los formularios elaborados y la espina de pescado desarrollada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos trabajado intensamente en esta primera fase del proyecto y se ha avanzado y preparado el terreno para poder iniciar en breve la fase 2 de presentación a los profesionales e inicio de la recogida de datos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1041 ========== ***

Nº de registro: 1041

Título
MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESA

Autores:
LUKIC OTANOVIC ANTONELA, RUIZ ARROYO JOSE RAMON, LINARES VICENTE JOSE ANTONIO, JORDAN DOMINGO MARTA, SIMO SANCHEZ BORJA, JIMENEZ MELO OCTAVIO, REVILLA MARTI PABLO, DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Dentro de cardiopatía isquémica, la atención al síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) requiere de una rápida y correcta identificación del cuadro y un correcto manejo clínico del mismo siendo el retraso hasta reperfusión un condicionante pronóstico. La mortalidad intrahospitalaria de SCACEST varía entre 4 y 12% (mortalidad al año 10%). Las sociedades científicas insisten en la necesidad de monitorización de las demoras y en su auditoria periódica. Las guías nos indican los objetivos de calidad y cuando nuestro centro es un “centro con hemodinámica activa” (a semanas alternas, cuando coincide con la Alerta de Hemodinámica del equipo del HCU) se nos hacen las siguientes recomendaciones: Una demora < 10 min para realización e interpretación del electrocardiograma (ECG). Una demora < 10 min desde el diagnostico hasta fibrinólisis (valorar reperfusión a los 60- 90 min). Una demora <60 minutos desde diagnóstico hasta ICP primaria (ICPp) (paso de la guía). Los pacientes transferidos para ICPp deberían ir directamente a hemodinámica. Todos los SCACEST deben permanecer monitorizados. Se desconoce en la actualidad cual es la situación en nuestro centro en cuanto a las demoras y la actuación en estos casos. Los datos preliminares indican que existe un amplio margen de mejora y que es necesario monitorizar y auditar periódicamente las actuaciones. Se ha realizado un análisis retrospectivo de los 61 pacientes atendidos en urgencias del HCU con ICP primaria realizada en HCU en el año 2018. Se han detectado demoras sustancialmente más prolongadas que los tiempos óptimos recomendados por las guías (HCU- demora de activación 55 min, demora de traslado 25 min, demora de sala 22 min, demora de sistema 100 min (medianas)- supone unos 30 min por encima de los tiempos recomendados). En muchos de los casos no ha sido posible determinar la hora del ECG. Más de 50% de los analizados han sido valorados por Cardiología previo a la activación del Código. El análisis de los datos no permite determinar de forma fidedigna cual es el principal determinante del alargamiento de las demoras ya que alguna de las actuaciones o bien no están registradas o no disponen de registro de la hora de su realización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1041

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESA

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Disminuir la demora de atención de los pacientes que acuden a nuestro centro con el diagnóstico de SCACEST, intentando ajustarnos a los tiempos recomendados por las guías de práctica clínica. Objetivos secundarios: Monitorizar las actuaciones y las demoras generadas. Analizar las demoras y buscar los posibles causantes. Corregir las actuaciones que generan demoras más prolongadas. Establecer un feed back entre los Servicios de Urgencias, Cardiología y Hemodinámica.

MÉTODO
El desarrollo del proyecto requiere de las siguientes actuaciones: Etapa 1: Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por los médicos y DUEs de Urgencias, Cardiología y Hemodinámica y celadores. Creación de una hoja de registro unificada. Definición de las variables a recoger. Unificación de criterios. Elaboración de Diagrama de Ishikawa con los factores contribuyentes. Análisis y evaluación de riesgos. Priorización de riesgos con en AMFE. Etapa 2: Difusión entre los profesionales y explicación de la importancia del registro. Recogida de datos. Etapa 3: Reuniones trimestrales del grupo de cara a revisar los casos recogidos y auditar las demoras (detección de riesgos). Recogida de las demoras, primer ECG (o ECG diagnóstico de SCACEST) y cateterismo para cada paciente. Análisis causa raíz para los potenciales eventos adversos graves derivados de las demoras. Generación de un informe en cada reunión con feed back en los dos servicios. Etapa 4: Creación de un informe anual con propuesta de plan de contingencia de corrección de riesgos (demoras injustificadas generadas). Etapa 5: Puesta en marcha de los planes de contingencia. Análisis de las mejoras conseguidas.

INDICADORES
1. Porcentaje de los pacientes con todos los ítems rellenos 2. Porcentaje de pacientes con demora del sistema superior a 120 minutos. 3. Porcentaje de los pacientes con demora de sistema <60 minutos. 4. Porcentaje de pacientes con demora de diagnóstico < 10 minutos.

DURACIÓN
El proyecto tiene un desarrollo por etapas. Inicio mayo 2019. Finalización diciembre 2020. Está prevista la cumplimentación de Etapa 1 durante los meses de mayo y junio 2019. Etapa 2 junio, julio, agosto y septiembre. Etapa 3- reuniones en septiembre y diciembre 2019, marzo, junio, septiembre y diciembre del 2020. Etapa 4- enero-febrero 2020. Etapa 5: marzo 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 - 2019/1127

1. TÍTULO

SEMINARIOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REFORZANDO EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JORGE MELERO POLO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MESEGUER GONZALEZ DANIEL
RIO SANCHEZ SARA
MURLANCH DOSSET ELENA
BRICEÑO REVILLO JORGE
COIMBRA DURAN HUMBERTO
CANTERO LOZANO DANIEL
REVILLA MARTI PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han puesto en marcha de forma satisfactoria, desde Mayo de 2019, los seminarios para pacientes y familiares, que se llevan a cabo de forma semanal (en general los miércoles, sujeto a modificación según la disponibilidad de los ponentes) siempre que ha habido pacientes que cumplieran los requisitos (pacientes con Infarto de Miocardio reciente, siempre que su situación clínica lo permita).

Para ello, hemos elaborado una presentación con toda la evidencia actual que creemos que puede ser interesante para los pacientes, evitando un lenguaje técnico que pueda hacerla inaccesible.

La posibilidad de asistir al seminario se explica por parte del residente de cardiología encargado del pase de planta a todos los pacientes con Infarto de Miocardio reciente, y en todos los casos es totalmente opcional y voluntaria.

Todos los participantes en el proyecto han impartido seminarios, y en general se ha intentado que haya siempre un mínimo de 2-3 residentes en cada sesión para poder responder posteriormente las dudas de todos los asistentes y ocuparse de la recogida de datos, según se explica en el siguiente punto.

Se han elaborado, además de la presentación mencionada, varios materiales para el Proyecto:

- Un cuestionario sobre factores de riesgo vascular a los pacientes tanto antes como después de la charla, con el fin de evalúar la utilidad de la misma y qué mensajes llegan mejor a nuestros asistentes.

- Una encuesta de satisfacción, con el fin de evalúar la satisfacción de los pacientes con las charlas. Todos estos cuestionarios son anónimos.

Se están recogiendo los resultados en una pequeña base de datos, para el posterior análisis del éxito y utilidad de la iniciativa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto todavía está en marcha, y dado que el volumen de asistencia es muy variable, todavía no disponemos del número suficiente de cuestionarios para poder sacar conclusiones válidas, algo que se hará al finalizar el proyecto. No obstante, la valoración subjetiva que muestran los pacientes en las encuestas, en la gran mayoría de casos, es muy positiva: más del 90% de los mismos valora la actividad como "muy positiva" y "recomendarías mantener dicha actividad".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al finalizar el proyecto estableceremos las conclusiones, si bien por el momento está constituyendo una gran experiencia para nosotros; nuestras sensaciones son muy positivas, y por el momento la valoración por parte de los asistentes también lo es, lo que nos anima a continuar con la iniciativa este año y concluir el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1127 ========== ***

Nº de registro: 1127

Título
SEMINARIOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REFORZANDO EL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1127

1. TÍTULO

SEMINARIOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REFORZANDO EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO.

Autores:
MELERO POLO JORGE, MESEGUER GONZALEZ DANIEL, RIO SANCHEZ SARA CARMEN, BRICEÑO REVILLA JORGE, MURLANCH DOSSET ELENA, COIMBRA DURAN HUMBERTO ANTONIO, CANTERO LOZANO DANIEL, REVILLA MARTI PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los pacientes que padecen un Infarto agudo de miocardio (IAM) deben enfrentarse, junto al estrés de una patología con potencial riesgo vital, a una serie de cambios en su vida cuando salen de alta del hospital.
En primer lugar, el control de factores de riesgo vascular: algunos de estos, como el tabaquismo, son difíciles de erradicar a largo plazo (según las últimas series hasta un 50% de los pacientes que deja de fumar por un infarto recae en el primer año) y otros como los hábitos dietéticos de calidad o el ejercicio físico son de díficil implementación.
En segundo lugar, tras el diagnóstico de IAM, es necesario pasar a tomar un número elevado de pastillas, en muchos casos de por vida. La polifarmacia, bien aceptada en general por los pacientes en la fase aguda, es más cuestionada por los pacientes en los meses / años venideros, produciéndose en muchos casos la interrupción del tratamiento. El hecho de no proporcionar a los pacientes adecuada información puede influir de forma decisiva en esta conducta.
Pensamos que el momento propicio para proporcionar información de calidad a los pacientes y a sus familiares es precisamente mientras todavía se encuentran ingresados, dado que en este momento la percepción del riesgo es mayor. Asímismo, creemos que el hecho de realizar seminarios grupales genera un refuerzo positivo en los pacientes, que comprenden que no son los únicos que pasan por esta situación.

RESULTADOS ESPERADOS
Los pacientes diana de nuestros seminarios serán todos aquellos pacientes ingresados en la planta de cardiología con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (así como sus familiares) y que deseen participar en los mismos (la asistencia será siempre, por supuesto, voluntaria).
Como intervención, elaboraremos y expondremos semanalmente durante un año un seminario cuyas características se detallarán en el apartado siguiente.
Los objetivos a conseguir son los siguientes:
- Explicar brevemente a los pacientes / familiares en qué consiste el infarto agudo de miocardio y qué causas pueden haber contribuido a haberlo padecido
- Detallar cuáles son las intervenciones que pueden ayudar a controlar los factores de riesgo vascular, disminuyendo así de forma muy significativa el riesgo de reinfarto.
- Explicar cómo funcionan y en qué basan su eficacia los medicamentos más habituales que se prescriben tras un IAM, reforzando así la adherencia al tratamiento.
- Informar a los pacientes sobre cuestiones legales relevantes tras un IAM que pueden ser importantes tanto para su propia salud como para la de la población (plazo necesario para conducir, profesiones de riesgo, etc...)

MÉTODO
Se llevará a cabo, con periodicidad semanal (todos los miércoles), un seminario de unos 20 minutos de duración en la sala de sesiones de cardiología; El momento elegido será al acabar la actividad asistencial de la mañana, en torno a las 15:00h. Durante el pase de planta, se informará verbalmente a pacientes y familiares de la realización del seminario.
Los encargados de realizar esta actividad serán los residentes de cardiología del HCU Lozano Blesa, que elaborarán los temas que se van a explicar, y se ocuparán de impartir los seminarios.
Posteriormente, todos los interesados podrán formular las preguntas que estimen.

INDICADORES
Con el objetivo de tratar de establecer si el proyecto es efectivo, se elaborará una encuesta de satisfacción, que se solicitará al alta.
La encuesta será totalmente anónima, y en ella se planteará:
- En primer lugar, una valoración subjetiva sobre la actividad, su utilidad y si recomendarían que se hiciera de forma rutinaria.
- En segundo lugar, preguntar de forma abierta acerca de lo que han aprendido y qué otros temas les gustaría que se tratasen, para adaptar en el futuro el temario a aquello que sea más útil.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1127

1. TÍTULO

SEMINARIOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REFORZANDO EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO

DURACIÓN
Fecha de comienzo de proyecto: 01/05/2019
Fecha de finalización de proyecto: 01/05/2020
Duración: 12 meses.
01/05/2019 - 01/06/2019: durante este primer mes se elaborará el material necesario para la actividad (selección de los temas a discutir, búsqueda de bibliografía, elaboración de una presentación, diseño de la encuesta de satisfacción...)
01/06/2019 - 01/04/2020: durante 10 meses desarrollaremos la actividad de forma semanal, además de registrar la satisfacción de los receptores mediante una encuesta.
01/04/2020 - 01/05/2020: este último mes evaluaremos el éxito de la iniciativa analizando los resultados de la encuesta.

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 - 2019/1284

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓNAURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA MARTINEZ LABUENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ ARROYO JOSE RAMON
REVILLA MARTI PABLO
MESEGUER GONZALEZ DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha comenzado a elaborar el algoritmo de tratamiento antiagregante y anticoagulante de este tipo de pacientes, pero aún no se ha concluido el mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que no se ha realizado el algoritmo, no se pueden valorar resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El algoritmo de tratamiento propuesto todavía no se ha podido realizar, pero se plantea realizarlo próximamente para la mejora del tratamiento en este tipo de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1284 ========== ***

Nº de registro: 1284

Título
PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTANEO

Autores:
MARTINEZ LABUENA ANA, RUIZ ARROYO JOSE RAMON, REVILLA MARTI PABLO, MESEGUER GONZALEZ DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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 fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la edad adulta y se calcula que entre el 20 y el 30% de los pacientes con fibrilación auricular presentan enfermedad coronaria. Se estima que aproximadamente el 5-8% de los pacientes que se someten a un intervencionismo coronario percutáneo (ICP) presentan fibrilación auricular. Aunque los anticoagulantes orales y el tratamiento antiplaquetario doble ayudan a reducir el riesgo de ictus y acontecimientos isquémicos recurrentes, respectivamente, la combinación conduce a un aumento del riesgo de hemorragia. Actualmente se han publicado diversos estudios con la combinación de anticoagulantes orales directos (ACODs) y antiagregación simple o doble con buenos resultados de seguridad.
Por ello creemos necesario homogeneizar la estrategias terapéutica en cuanto a fármacos y duración de los tratamientos en los pacientes con fibrilación auricular e intervencionismo coronario percutáneo bien electivo o por síndrome coronario agudo.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar el algoritmo de tratamiento al alta hospitalaria de los pacientes con fibrilación auricular sometidos a intervencionismo coronario percutáneo (de forma programada o tras síndrome coronario agudo)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1284

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓNAURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO

MÉTODO
- Elaboración del algoritmo de tratamiento antiagregante y anticoagulante
- Difusión del mismo en el servicio de Cardiología

INDICADORES
- Elaboración del protocolo y algoritmo de tratamiento (si/no)
- Número de pacientes con fibrilación auricular e ICP y recomendación de duración del tratamiento antitrombótico en el informe de alta * 100 / Número de pacientes con fibrilación e ICP
- Número de pacientes con fibrilación auricular no valvular e ICP en tratamiento con ACOD * 100 / Número de pacientes con fibrilación auricular no valvular e ICP

DURACIÓN
Abril-Mayo 2019 – Elaboración del protocolo / algoritmo de tratamiento
Junio 2019 – Difusión en el servicio de Cardiología
Mayo 2019-Enero 2020 – Recogida de datos

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 - 2019/0049

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 16/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORREGO ESTELLA VICENTE
GRACIA SOLANAS JOSE ANTONIO
CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA
ELIA GUEDEA MANUELA
YUBERO ESTEBAN ALFONSO
FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO
LEAL CARIÑENA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En un ámbito general, el SALUD, evaluó en 2018 nuestro proyecto y la Consejería aprobó en 2019 la actualización de la Cartera de Servicios para incorporar la Técnica de Cirugía Citorreductora y Peritonectomías asociada a quimioterapia intraperitoneal (técnica de Sugarbaker) en pacientes con carcinomatosis peritoneal (CP) cuyo origen fuese Mesotelioma Peritoneal, Pseudomixoma Peritoneal (apendicular y ovárico), Cáncer de Ovario, Apendicular, Colon-Recto y Gástrico. Desde el pasado mes de noviembre de 2018 se puso en marcha un periodo de formación en centros de reconocido prestigio nacional y de este modo, a lo largo de estos meses, se han ido desplazando a dichos centros de referencia, profesionales seleccionados por los distintos Servicios del Hospital Clínico (cirujanos, oncólogos, radiólogos, anestesistas, ginecólogos, enfermería, etc.). Tras este periodo de formación y acreditación, el Hospital Clínico adquirió la bomba de circulación extracorpórea y de perfusión de HIPEC (Performer HT). Paralelamente, en junio de 2019 el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza ha sido reconocido como el único centro de Aragón en ser miembro del GECOP. Para auditarnos constantemente, estamos incorporando nuestros resultados al registro nacional del GECOP incluido en internet: http://registrogecop.seoq.org

En un ámbito más particular, los pacientes son atendidos en distintas zonas dentro de nuestro hospital según el momento, por ello se hace indispensable la integración de un Gestor de Casos. El Gestor de Casos de la Unidad de COP es una enfermera que trabaja en estrecha colaboración con los médicos y el resto del equipo.

Se ha constituido un Flujograma que deben seguir todos los pacientes con el esquema general del Proceso COP (ver Proyecto presentado).

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

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

Se ha realizado una Sesión Hospitalaria de CP en el Hospital Clínico Lozano Blesa el pasado 28 noviembre 2018 con la colaboración del Dr. David Pacheco (Jefe de Servicio de Cirugía General del Hospital Río Hortega de Valladolid).

En los últimos meses hemos acudido progresivamente a todos los centros de nuestra Comunidad Autónoma para presentar de una forma más cercana el proyecto elaborado en nuestro hospital y de esta forma que nuestros colegas puedan aportar todas las ideas posibles para ayudarnos a que la canalización y tratamiento de los pacientes con CP en Aragón sea lo más eficaz posible.

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

Se ha desarrollado un Plan de cuidados de enfermería:
- Plan de cuidados de enfermería en pacientes con COP al ingreso.
- Plan de actuación de la Unidad de Estomaterapia.
- Plan de cuidados de enfermería al paciente ostomizado (Tríptico informativo).
- Registro de enfermería prequirúrgico y de acogida al bloque quirúrgico.
- Preparación del Quirófano en COP.
- Plan de cuidados de enfermería en pacientes con COP durante la hospitalización.
- Informe de continuidad de cuidados Enfermería Hospitalización.
- Informe de continuidad de cuidados Enfermería Ostomías.

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

1) Anestesia
- Gasto cardiaco, presión arterial invasiva y temperatura central (con monitor Most-Care).
- BIS o similar tipo SedLine.
- Termómetro esofágico.
- Tromboelastógrafo.
- Resto relacionado con anestesia ver “Protocolo de Anestesia en la Cirugía Citorreductora y Quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC)”.

3) Material y equipo general
- Tubo anillado aspirador de humos (preferiblemente Rapid Vac-Smoke Tubing Covidien)
- Filtro para aspirador de humos (preferiblemente Rapid Vac-Ulpa Filter Covidien)

4) Aparataje
- Bomba HIPEC (preferiblemente “Performer HT”)
- Equipo de aspiración de Humos (preferiblemente Rapid Vac-Smoke Evacuator Covidien con tubo de aspiración y cable interlink para equipo ForceTriad)
- Embudo aplanado por un lado con conexión para 22mm. diámetro (Ref: K000-0687.0)

5) Para HIPEC
- Colocar carteles en accesos de “Prohibido Pasar” o “Quimioterapia en Curso”
- Batas Reforzadas de varios tamaños (L, M, XL) tipo Foliodress-gown
- Mascarillas de protección FFP 3
- Guantes extralargos (tipo Naturflex-Gine) y especial citostáticos (tipo Berner-Manu Z+/B+)
- Gafas protectoras policarbonato
- Funda de escopia para radiología de 91 x 76 para proteger campo quirúrgico (Coliseum)
- Equipo HIPEC preferiblemente “HAN & GO HT”
- Equipo HIPEC preferiblemente “HAN & GO Basic”
- Contenedores grandes para material biopeligroso (Azul)

Observaciones
- Todo se realizará con las máximas condiciones de asepsia
- El instrumental al terminar la intervención se colocará en bandejas y se pondrá dentro de contenedores herméticos para enviar a lavado y esterilización.
- Después de su contaje correcto, las gasas, compresas así como todo el equipo de cobertura y todo lo relacionado con la HIPEC, se depositará en los contenedores de “biopeligroso” cerrándolos después para ser retirados una vez finalizada la intervención.

Criterios para su evaluación
- Registrar en las distintas hojas de enfermería las actividades realizadas y anotar si ha existido alguna incidencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el día 4 de febrero de 2019 que fue el primer día que comenzamos a discutir los primeros pacientes en el Comité de Tumores de COP, se han presentado un total de 45 pacientes. La localización del tumor primario causante de la CP fue: 19 casos de adenocarcinoma de colon, 14 casos de ovario primario (todos estirpe epitelial-serosa), 7 casos de apéndice cecal, un caso de adenocarcinoma gástrico, un caso de GIST gástrico, un caso de proceso linfoproliferativo, un caso de strumosis peritoneal y un caso en el que la carcinomatosis peritoneal no llegó a filiarse.

Se decidió realizar cirugía radical citorreductora (CRS) en 15 pacientes, 8 de los cuales al ser de origen colo-rectal y según nuestra política de actuación llevaron HIPEC asociada. En 9 pacientes se planteó una laparoscopia/laparotomía exploradora de entrada y 4 pasaron a CRS dentro de los 15 pacientes ya comentados.

Dentro del grupo de pacientes a los que se les indicó realizar en el Comité de Tumores CRS (15 pacientes), 6 fueron hombres (40%) y 9 (60%) mujeres. La mediana de edad en este grupo fue de 64.1±6 años. De ellos, 3 (20%) presentaban un riesgo ASA II, 11 (73.3%) riesgo ASA III y 1 paciente (6.7%) un riesgo ASA IV.

Respecto a las pruebas de imagen, el TAC tóraco-abdómino-pélvico fue el gold estándar al realizarse en el 100% de los pacientes con CRS, el PET complementó a la TAC en el 53.3% de ellos (8 pacientes) y la laparoscopia en 2 (13.3%).

Respecto a la localización y estirpe tumoral del grupo de CRS: 7 casos de adenocarcinoma de colon (46.7%), 4 casos de ovario primario seroso (26.7%), 3 casos de apéndice cecal (20%) 2 de ellos adenocarcinoma convencional y uno mucinoso, y un caso de sarcomatosis peritoneal (recidiva de un GIST gástrico) (6.7%).

La QT neoadyuvante utilizada (10 pacientes, 66.7%) se basó en Oxaliplatino y anticuerpos monoclonales en función del estado mutacional K-ras para los casos de adenocarcinoma de colon y apéndice y basada en Carboplatino y Taxol en los casos de ovario.

El Índice de Carcinomatosis Peritoneal (PCI) fue de 12±5.5 y el número de procedimientos de 5±1.5. En más del 90% de los casos (93.3%) hubo que asociar algún tipo de resección intestinal (85.7%) de estos casos, hepática (21.4%) y de otros tipos (esplenectomía, suprarenalectomía, exanteración pélvica completa o posterior

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

1. TÍTULO

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

modificada) en el 50% de los casos.
Se realizó quimiohipertermia intraoperatoria (HIPEC) según técnica de Coliseum abierta y basada en Oxaliplatino en los casos que se consideró oportuno a criterio del equipo quirúrgico (8 pacientes, 53.3%) pero siempre en pacientes con adenocarcinoma de colon o de origen apendicular. La duración en todos los casos fue de 30 minutos respetando el protocolo excepto en un caso que por problemas técnicos de la máquina de perfusión se mantuvo 15 minutos.
La duración media de la CRS fue de 420±90 minutos y en ningún caso se trasfundieron hemoderivados a los pacientes en el mismo acto quirúrgico.
El grado de citorreducción fue completo (CC-0) en el 93.3% de los casos.
Respecto a los resultados a corto plazo (morbimortalidad postoperatoria a 90 días), una paciente (6.7%) falleció (Clavien Dindo V) como consecuencia de una perforación vesical, 4 (26.7%) sufrieron complicaciones mayores (Clavien Dindo III-IV) y 59 (73.3%) presentaron una evolución favorable sin complicaciones significativas. De los pacientes que no fallecieron en el postoperatorio inmediato en esta cohorte, la mediana de la estancia hospitalaria fue de 14.5±9.5 días. 2 de los pacientes reingresaron en los primeros 90 días tras la CRS con complicaciones menores Clavien-Dindo I-II.
Respecto a los resultados a largo plazo, de los pacientes que no fallecieron en el postoperatorio inmediato en esta cohorte de CRS, el tratamiento QT adyuvante tras la CRS fue administrado a 4 pacientes (28.6%) mientras que 10 (71.4%) no recibieron este tratamiento. La mediana de seguimiento fue de 3.93±2.1 meses y ningún paciente ha mostrado recurrencia de la enfermedad por lo que todo está vivos y libres de enfermedad. No obstante, estos últimos resultados hay que tomarlos con cierta cautela dado el corto seguimiento de los pacientes a día de hoy.

Los indicadores que se muestran a continuación se han obtenido de Barrios P, Ramos I, Escayola C, Martin M. Implementación y desarrollo de un programa de tratamiento de la carcinomatosis peritoneal en Cataluña. Indicaciones y resultados clínicos con la técnica de Sugarbaker. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2009.
El criterio tiempo de demora desde el conocimiento por parte del médico responsable hasta su presentación en el Comité de COP, no superó los 7 días en ningún caso. El estándar en este aspecto es que el 85% de los pacientes no superará los 7 días desde el conocimiento por el médico responsable y su presentación en el Comité. Nº pacientes presentados después de 7 días tras el conocimiento por el médico responsable/ Nº total de pacientes presentados en el Comité X 100.
El criterio consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrino y Ostomía, se desarrollarán el mismo día se cumplió en el 70% de los casos. El estándar en este aspecto es que el 85% de los pacientes tendrán las consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrino y Ostomía el mismo día. Nº de pacientes que no tienen las consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrino y Ostomía el mismo día/Nº total de pacientes con confirmación de COP X 100.
El criterio tiempo de demora desde la confirmación de que procede COP hasta la realización de cirugía citorreductora (CC)+/-HIPEC, no superó los 30 días en ningún caso. El estándar en este aspecto es que el 85% de los pacientes no superará los 30 días desde la confirmación de COP y la realización de CC+/-HIPEC. Nº pacientes con CC+/-HIPEC realizada después de 30 días tras la confirmación del diagnóstico/Nº total de pacientes con confirmación de COP a los que se les realiza CC+/-HIPEC X 100.
El criterio tiempo transcurrido desde la toma de piezas quirúrgicas de COP hasta la recepción del informe de Anatomía Patológica, fue inferior a 10 días en el 40% de los casos. El estándar en este aspecto es que el 85% de los pacientes no superará los 10 días desde la toma de las muestras de la COP hasta la recepción del informe. Nº de informes recibidos después de 10 días de la toma de muestra/Nº total de informes de Anatomía Patológica de pacientes con COP X 100.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Todos los casos serán revisados por el Comité Multidisciplinar de COP
2. Una vez conocido el paciente por parte del médico responsable, será presentado en el Comité Multidisciplinar de COP con una demora media inferior a 7 días naturales.
3. Tras la presentación del caso en el Comité de COP, el Coordinador asignará un facultativo quirúrgico responsable del paciente.
4. Una vez aceptado el paciente para COP, será citado en las consultas ambulatorias del facultativo responsable con una demora media inferior a 10 días naturales.
5. Si el Comité Multidisciplinar decide que el paciente tiene indicación de COP, el paciente es citado de forma presencial a la consulta de Cirugía General o Ginecología, dependiendo del tipo de tumor primario. Dicho facultativo junto con el Gestor de Casos, comprobarán que al paciente se le realiza el estudio preoperatorio protocolizado para COP, ya sea del Sector III u otro diferente.
6. El estudio general que deben tener todos los pacientes para su evaluación en el Comité de COP debe incluir obligatoriamente un TC Tórax-abdomen-pelvis con contraste oral e intravenoso y un PET-TC si sospecha de diseminación extraperitoneal. En la medida de lo posible el informe radiológico debe de valorar el índice de carcinomatosis peritoneal (PCI). Se realizará una colonoscopia a todos los pacientes subsidiarios de COP, salvo en los casos de CP por Pseudomixoma peritoneal.
7. Para facilitar la correcta derivación se ha elaborado un documento con los criterios específicos de derivación que se debe adjuntar y cumplimentar.
8. Para evitar molestias al paciente y su familia, el/la Gestor/a de Casos junto con el facultativo responsable, supervisarán que las consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrinología (nutrición) y Ostomías (si procede), coincidan en el mismo día.

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

1. TÍTULO

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

9. El/la Gestor/a de Casos informará al paciente sobre el procedimiento, la preparación previa a la intervención y le planteará la existencia de la Unidad de Psiquiatría Psicosomática (apoyo psicológico). De forma coordinada con el facultativo quirúrgico responsable, también se le informará de los diferentes recursos que ofrecen los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) (pisos de acogida, etc.) para su logística y la de su familia antes y después de la cirugía.
10. En la consulta presencial del facultativo quirúrgico responsable el paciente será informado de la cirugía, firmará el Consentimiento para la Intervención correspondiente a su patología y entrará en la Lista de Espera Quirúrgica. Una vez incluido el paciente en la lista de espera quirúrgica para COP, será intervenido con una demora media (días naturales) inferior a 30 días naturales.
11. Acto seguido, será remitido a la consulta de Anestesia prequirúrgica para realizar la Prehabilitación y a la consulta de Endocrinología (nutrición).
12. Los pacientes susceptibles de ostomía, deben ser valorados por la enfermera encargada de la Unidad de Estomaterapia.
13. Haya sido sometido o no a laparoscopia previa, tras la valoración en la consulta de Endocrinología y Anestesia, el facultativo quirúrgico asignado por el Coordinador repasará la historia clínica del paciente y confirma la intervención quirúrgica.
14. Posteriormente, dado que se trata de un tratamiento muy específico, se avisará a la Subdirección Médica para que consensuar la fecha de la intervención.
15. Una vez establecida la fecha se informará al Servicio de Farmacia de las características clínicas del paciente y de la fecha de intervención. El mismo día de la intervención se enviará a primera hora de la mañana la orden de prescripción.
16. El ingreso hospitalario se realizará por el Servicio de Admisión (planta baja) y en las camas asignadas al Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” (2ª planta, habitaciones 218 a 234), independientemente del origen del tumor y a ser posible en habitación individual.
17. Tras el ingreso en la planta de hospitalización, se realizará por la enfermera responsable la apertura de un plan de cuidados de enfermería en el paciente con COP programada (ver Anexo VI: Plan de cuidados de enfermería en pacientes con COP al ingreso).
18. Todos los pacientes serán sometidos antes de la intervención a preparación del colon, profilaxis tromboembólica y profilaxis antibiótica según el protocolo existente en nuestro servicio. La enfermera encargada de la Unidad de Estomaterapia realizará el marcaje de la ostomía durante el ingreso.
19. La cirugía programada se llevará a cabo en un quirófano específico.
20. El personal interviniente (Enfermeros/as, auxiliares y celadores), llevarán a cabo toda la preparación protocolaria del quirófano: preparación de la medicación, sistemas de protección (suelos, guantes, batas, mascarillas, etc.), control de la temperatura antes, durante y después de la intervención quirúrgica y preparación del paciente (medias de compresión, protección de puntos de apoyo, manta calor/frío, etc.
21. Las enfermeras adscritas al quirófano de COP, deberán cumplimentar junto con el anestesista y cirujano responsable del caso el documento correspondiente al “Check-List”, aprobado en nuestro hospital desde hace.
22. Intervención quirúrgica: citorreducción tumoral (pelviperitonectomías según Técnica de Sugarbaker) asociada QT bidireccional (intravenosa y HIPEC) en casos seleccionados. Deberá realizarse una cirugía con carácter radical (citorreducción quirúrgica mediante las técnicas de peritonectomías pertinentes) en todos los casos.
23. En los casos seleccionados, la quimioterapia intravenosa intraoperatoria se administrará según las pautas establecidas por el oncólogo responsable del caso. Deberá realizarse QT bidireccional intravenosa intraoperatoria asociada a la HIPEC en los casos seleccionados por el Comité Multidisciplinar de COP.
24. En los casos seleccionados, la HIPEC, se aplicará la técnica de Coliseum previa toma de medidas especificadas por la Unidad de Riesgos Laborales.
25. Tras la cirugía el cirujano principal cumplimentará un protocolo quirúrgico estandarizado, la hoja para el estudio anatomopatológico y los impresos del estudio bioquímico/microbiológico de las muestras realizadas.
26. Postoperatorio inmediato (UCI).
27. Al alta de la UCI, el paciente volverá a una de las camas asignadas dentro del Servicio de Cirugía General (2ª planta).
28. La enfermera responsable abrirá de un plan de cuidados de enfermería en el paciente con COP programada en la planta de hospitalización.
29. En casos seleccionados, el Área de Psiquiatría Psicosomática para pacientes oncológicos, ha desarrollado un programa individualizado de apoyo psicológico para el paciente y familia.
30. Alta hospitalaria (informe del facultativo quirúrgico responsable, enfermera responsable y estomaterapeuta si procede).
31. Estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica con una demora máxima de 10 días.
32. Citación para consulta ambulatoria postoperatoria.

7. OBSERVACIONES.
Estamos pendientes de la acreditación por parte del SALUD de que el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa sea acreditado como el único centro de referencia para todo Aragón en el tratamiento multidisciplinar de todas las patologías relacionadas con la COP.

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

1. TÍTULO

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

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

Nº de registro: 0049

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: neoplasias malignas del peritoneo
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

MÉTODO
idem

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

INDICADORES DE PROCESO:
- Nº sesiones multidisciplinares realizadas. En más del 90% de los casos la frecuencia será semanal/quinquenal en función de la presencia de casos.
- Nº sesiones en la que asiste al menos un miembro por Servicio Clínico participante. En más del 90% de los comités la totalidad de los Servicios participantes estarán representados.
- Nº informes registrados en Intranet/Hp Doctor. Objetivo 100%.

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

Nº pacientes presentados después de 7 días tras conocimiento del responsable
_____ X 100
Nº total pacientes presentados en el Comité

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

Nº pacientes sin consultas el mismo día
_____ X100
Nº total pacientes con confirmación de COP

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

Nº pacientes con CRS+/-HIPEC realizada después de 30 días tras diagnóstico
_____ X 100
Nº total pacientes con confirmación de COP con CRS+/-HIPEC

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

Nº de informes recibidos después de 10 días de la COP
_____ X100
Nº total informes de AP de pacientes con COP

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0151

1. TÍTULO

PLAN CONTROLADO DE EJERCICIO FISICO Y LEVANTAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA POR CANCER COLO-RECTAL

Fecha de entrada: 01/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MANUELA ELIA GUEDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA
PALACIOS FRANCO MARIA GEMA
CASADO AZNAR ESTHER
JUSTE RUBIO RAQUEL
ASURMENDI GIMENEZ ELENA
ASENSIO LAMATA ALINE
QUINTANA IBAÑEZ CAMINO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el mes de Marzo de 2019 se iniciaron las tareas de diseño y constitución del grupo de trabajo. Durante los meses sucesivos se desarrollaron las tareas descritas a continuación:
- Diseño de un plan controlado de ejercicio físico y movilización precoz que incluye: levantamiento precoz desde la misma tarde del día de la intervención, utilización de incentivadores respiratorios, deambulación precoz y los siguientes ejercicios: aeróbico con pedales, ejercicio de resistencia muscular con cintas elásticas.
- Constitución de un grupo de trabajo formado por cirujano, residentes de cirugía, enfermería y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería para diseñar estrategia a seguir y puesta en marcha del proyecto.
- Información a paciente y familiares en la primera visita en consulta acerca del programa de ejercicio y levantamiento precoz que se llevará a cabo en el postoperatorio.
- El día del ingreso se recuerda a paciente y familiares: ejercicios respiratorios (inspiron), cómo levantarse tras la intervención sin realizar esfuerzo de prensa abdominal y de la manera más autónoma posible y las pautas de caminar y ejercicio aeróbico/anaeróbico de extremidades superiores e inferiores.
- Día de la intervención: al regreso del paciente a planta tras la intervención a las 20:00 h, previa confirmación de que el paciente se encuentra en condiciones adecuadas, auxiliar y enfermera levantan al paciente, junto a familiar, con la pretensión de que el resto de los días paciente y familiares sean autónomos en el levantamiento. Si no hubiera familiares, la auxiliar colaborara, junto con el celador en el levantamiento.
- Primer día postoperatorio: se inician ejercicios, respiratorios y deambulación. Se indica un circuito por planta preestablecido de 125 m. El paciente realiza 5 vueltas (del circuito de 125 m) en tres tandas a lo largo del día. Se monitoriza frecuencia cardíaca y saturación de O2 previo al ejercicio y posteriormente.
- Días sucesivos: se lleva a cabo la misma pauta, aumentando la deambulación de forma progresiva. Los ejercicios de EESS, y respiratorios de realizan en grupo en una de las salas de espera en horario determinado, dirigidos por equipo de enfermería y auxiliares.
- Al alta hospitalaria se entrega una encuesta de satisfacción y sugerencias de mejoras.
- Se elaboró una base de datos recogiendo las siguientes variables: Género, fecha de nacimiento, fecha de intervención quirúrgica, fecha de alta, tipo de intervención quirúrgica, información al paciente (si/no), entrega de tríptico (sí/no), familiar involucrado en el programa de ejercicio (si/no), levantamiento en el postoperatorio, detallado por días con y sin ayuda, utilización de incentivador respiratorio (si/no), deambulación por días (número de vueltas), realización de ejercicio de pedaleo (si/no) por días, realización de ejercicio con cintas elásticas (si/no) por días, complicaciones postquirúrgicas (si/no), clasificación de las mismas en la escala de Clavien-Dindo y valoración del programa según una encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han incluido un total de 52 pacientes, con una edad media de 68 años (32-89) con una DT±10.81. La distribución por sexo ha sido 42% mujer, 58% varón. En cuanto al tipo de intervención practicada, la distribución fue la siguiente: 36.5% hemicolectomía derecha, 30.8% hemicolectomía izquierda/sigmoidectomía, 15.4% resección anterior de recto, 9.6% amputación abdomino-perineal, 7.7% resecciones múltiples. Del total de los pacientes, el 36.5% presentaron alguna complicación en el postoperatorio inmediato. La estancia media global fue de 6 días (3-15) con una DT±4 días.
El 80% de los pacientes cumplimentaron en un 71% el programa establecido. La deambulación desde el primer día postoperatorio fue más compleja de llevar a cabo en el grupo de pacientes mayor de 70 años, no así la bicicleta ni el ejercicio aeróbico con cintas.
Los pacientes que se acogieron al menos al 70% del programa presentaron una estancia hospitalaria menor, 5 +/- 2 días frente al grupo de menor cumplimentación $p < 0,02$.
Se evidenciaron menor número de complicaciones globales en el grupo de mayor cumplimiento del programa 28,6% vs 42,4% aunque esa diferencia no resultó estadísticamente significativa.
Las náuseas postoperatorias y el mareo fueron los principales impedimentos para llevar a cabo el programa desde el inicio. El mal control del dolor fue otra de las causas, así como la ausencia de familiar acompañante. La presencia de catéter epidural, drenajes o sondaje vesical (aunque de forma prioritaria se retiró en las primeras 24-48 horas) no supusieron motivo de no realización de ejercicio, ni deambualación.
El grado de satisfacción de las encuestas realizadas al alta a los pacientes fue en un 78% muy satisfactoria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0151

1. TÍTULO

PLAN CONTROLADO DE EJERCICIO FISICO Y LEVANTAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA POR CANCER COLO-RECTAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A día de hoy, han quedado demostrados, con abundantes publicaciones, los beneficios de la movilización precoz en el postoperatorio, habiéndose convertido en un factor clave en la mejora de la función pulmonar, la recuperación del tránsito digestivo, el mantenimiento de la fuerza muscular y la reducción de las complicaciones tromboembólicas, entre otros. El empoderamiento del paciente a través de la implicación e información (instrucción con información oral y escrita adaptada a las características individuales) es un punto fundamental en estos programas. La información verbal y escrita, explicativa de los ejercicios a realizar se ha mostrado útil en un alto porcentaje de nuestros pacientes (93%) acorde con otros estudios publicados.

Uno de los principales problemas a los que se enfrentan las guías y recomendaciones de los protocolos de recuperación intensificada, es la baja adherencia a las medidas relacionadas con la movilización precoz. Como han evidenciado otros estudios, los principales motivos de inmovilización postoperatoria, en nuestro estudio fueron el control no adecuado del dolor y la nauseas postoperatorias (más frecuentes en gente joven). No obstante, la información e implicación de todo el personal sanitario involucrado en el cuidado del paciente, es vital para el éxito de estos programas. Garantizar la realización de actividad física que vaya más allá de la movilización básica implica de la necesidad de personal entrenado, si bien a día de hoy no hay evidencia de que el empleo de recursos humanos específicos suponga en beneficio superior. En nuestro servicio contamos con la participación de personal de enfermería y auxiliares que son un elemento clave en el éxito del programa, y se encargan tanto de la instrucción y la supervisión en la realización de los ejercicios, como de la recogida de datos. Por otro lado, un dato escasamente recogido en la literatura, es la importancia e implicación del acompañante/familiar, del paciente postoperado, quedando demostrado en nuestro estudio una significativa mayor adherencia al programada con la presencia del mismo. La clara mayor proporción de acompañantes implicados en el grupo de pacientes de levantamiento precoz en nuestro grupo pone de manifiesto la importancia de la motivación de pacientes y familiares.

Como se ha reflejado en los resultados, la presencia de sonda vesical y/o drenaje intraabdominal, en el caso de portarlos, no dificultaron a los pacientes su movilidad ni el levantamiento. No obstante, la tendencia general en el postoperatorio de nuestros pacientes es la retirada precoz de la sonda vesical y minimizar el uso de drenaje. Si bien ya ha quedado establecido el beneficio de los programas de movilización precoz, lo que no está tan bien definido es qué régimen de actividad es el más óptimo para llevarlo a cabo. En nuestro caso hemos optado por combinar el levantamiento precoz, con una estrategia que implica pasar más tiempo levantado que en la cama y la deambulación precoz, junto con ejercicios de resistencia muscular (cintas elásticas) y ejercicios aeróbicos (pedaleo). El uso del incentivador respiratorio está contemplado como parte de la rutina en nuestro programa, si bien sólo existe cierta evidencia de su eficacia en la prevención de complicaciones respiratorias, si lo comparamos con ejercicios respiratorios básicos como puedan ser la realización de inspiraciones forzadas o la tos.

Desde la perspectiva de que un paciente empoderado y un entorno adecuados son fundamentales para el éxito de los programas Fast-Track, este proyecto constituye una muestra de un programa novedoso de levantamiento precoz y terapia física en el postoperatorio inmediato de cirugía colorrectal, incluido en el contexto de un protocolo de recuperación intensificada en pacientes oncológicos. Los resultados obtenidos son prometedores en cuanto a la influencia de dichos programas en la disminución de complicaciones y la estancia media, y fundamental, el grado de satisfacción y la calidad de la asistencia percibida por el paciente, contribuyendo a la recuperación precoz. Por ello, nuestro objetivo es incorporarlo a nuestra práctica clínica habitual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Rabelo JF, Monjero Ares I, Torregrosa-Gallud A, Delgado Plasencia L, Ángel Cuesta M (2006) Programas de rehabilitación multimodal (fast-track) en cirugía laparoscópica colorrectal. Cir Esp 80 (6):361-368. doi:10.1016/s0009-739x(06)70988-5
2. Ramirez Rodriguez JM, Ocon Breton J, Arroyo Sebastian A (2015) Nutrición, cirugía y programas de rehabilitación multimodal. Nutr Hosp 32:2-3. doi:10.3305/nh.2015.32.1.9203
3. Roig JV, Rodríguez-Carrillo R, García-Armengol J, Villalba FL, Salvador A, Sancho C, Albors P, Puchades F, Fuster C (2007) Rehabilitación mutimodal en cirugía colorrectal. Sobre la resistencia al cambio en cirugía y las demandas de la sociedad. Cir Esp 81 (6):307-315. doi:10.1016/s0009-739x(07)71329-5
4. Calvo-Vecino J, Hernández E, Ramírez J, Loinaz C, Trapero C, Quintas C, Antolín A, Rodriguez-Cuellar E, Aguado J, López P, Ripollés-Melchor J, Gurumeta A, Longás J, Suarez de la Rica A, Francés R, Martínez Hurtado E, Urbaneja M (2014) Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA). doi:10.13140/RG.2.1.4775.2804
5. Brown JC, Rhim AD, Manning SL, Brennan L, Mansour AI, Rustgi AK, Damjanov N, Troxel AB, Rickels MR, Ky B, Zemel BS, Courneya KS, Schmitz KH (2018) Effects of exercise on circulating tumor cells among patients with resected stage I-III colon cancer. PLoS One 13 (10):e0204875-e0204875. doi:10.1371/journal.pone.0204875
6. Schaller SJ, Anstey M, Blobner M, Edrich T, Grabitz SD, Gradwohl-Matis I, Heim M, Houle T, Kurth T, Latronico N, Lee J, Meyer MJ, Peponis T, Talmor D, Velmahos GC, Waak K, Walz JM, Zafonte R, Eikermann M (2016) Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial. The Lancet 388 (10052):1377-1388. doi:10.1016/S0140-6736(16)31637-3
7. Fiore JFJ, Castelino T, Pecorelli N, Niculiseanu P, Balvardi S, Hershorn O, Liberman S, Charlebois P, Stein B, Carli F, Mayo NE, Feldman LS (2017) Ensuring Early Mobilization Within an Enhanced Recovery Program for Colorectal Surgery: A Randomized Controlled Trial. 266 (2):223-231. doi:10.1097/sla.0000000000002114

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0151

1. TÍTULO

PLAN CONTROLADO DE EJERCICIO FISICO Y LEVANTAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA POR CANCER COLO-RECTAL

8. Mayo NE, Feldman L, Scott S, Zavorsky G, Kim DJ, Charlebois P, Stein B, Carli F (2011) Impact of preoperative change in physical function on postoperative recovery: Argument supporting prehabilitation for colorectal surgery. Surgery 150 (3):505-514. doi:10.1016/j.surg.2011.07.045
9. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, Rockall TA, Young-Fadok TM, Hill AG, Soop M, de Boer HD, Urman RD, Chang GJ, Fichera A, Kessler H, Grass F, Whang EE, Fawcett WJ, Carli F, Lobo DN, Rollins KE, Balfour A, Baldini G, Riedel B, Ljungqvist O (2019) Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. World J Surg 43 (3):659-695. doi:10.1007/s00268-018-4844-y

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/151 ========== ***

Nº de registro: 0151

Título
PLAN CONTROLADO DE EJERCICIO FISICO Y LEVANTAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA POR CANCER COLO-RECTAL

Autores:
ELIA GUEDEA MANUELA, CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA, PALACIOS FRANCO MARIA GEMA, CASADO AZNAR ESTHER, JUSTE RUBIO RAQUEL, ASURMENDI GIMENEZ ELENA, ASENSIO LAMATA ALINE, QUINTANA IBAÑEZ CAMINO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El reposo en cama aumenta la resistencia a la insulina, incrementa la pérdida de masa y fuerza muscular y altera la función pulmonar. La movilización precoz del paciente intervenido de cáncer colo-rectal ha demostrado ser una medida eficaz para la disminución de complicaciones respiratorias, vasculares, disminución del íleo postoperatorio, además de reincorporar al paciente cuanto antes a su actividad habitual.
El levantamiento y la deambulación en el postoperatorio temprano es uno de los items que recomienda la guía RICA de recuperación intensificada en cirugía abdominal. No obstante, para que esta medida se pueda llevar a cabo, se requiere un entorno de cuidados que faciliten la movilización precoz, con un personal sanitario motivado y coordinado y por supuesto una información adecuada de la importancia del mismo.
Por otro lado la participación de los pacientes y familiares en el proceso de recuperación tras cirugía colorectal debe ser mandatorio en la actualidad, dónde cada vez es más relevante el empoderamiento de los pacientes.
Un paciente implicado activamente en su recuperación, motivado para ello, y enseñado con tal objetivo, se siente “menos enfermo”, consiguiendo reducir parte del estrés perioperatorio que conlleva el diagnóstico de una enfermedad maligna y una intervención quirúrgica.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de nuestro proyecto es proporcionar a los familiares y pacientes intervenidos de cáncer colo-rectal, un plan de cuidados postoperatorios que incluyan la movilización precoz y autónoma y una serie de ejercicio físico (respiratorio, aeróbico y anaeróbico) durante el ingreso.
Implicar a paciente y familiares en la recuperación, realizando enseñanzas sobre levantamiento precoz, y ejercicios dirigidos desde el primer día del ingreso.
Reducir las complicaciones y la estancia hospitalaria.
Valorar el confort y grado de satisfacción de nuestros pacientes durante su ingreso.
Empoderar al paciente en su recuperación.
Como último objetivo, este programa pretende gestionar de forma más adecuada el trabajo de auxiliares y celador de planta, centrándose en los pacientes que más cuidados precisan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0151

1. TÍTULO

PLAN CONTROLADO DE EJERCICIO FISICO Y LEVANTAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA POR CANCER COLO-RECTAL

MÉTODO
Al ingreso del paciente se les explicará el plan diseñado durante su estancia, por facultativo, enfermera y auxiliar (información verbal y escrita).
El mismo día del ingreso se enseñará a paciente y familiares: ejercicios respiratorios (inspiron), cómo levantarse tras la intervención sin realizar esfuerzo de prensa abdominal y de la manera más autónoma posible y las pautas de caminar y ejercicio anaeróbico de EESS.
El primer día postoperatorio a su regreso a planta tras la intervención a las 20:00 h auxiliar y enfermera levantarán al paciente, junto con el familiar, con la pretensión de que el resto de los días paciente y familiares sean autónomos en el levantamiento. Si no hubiera familiares, la auxiliar colaborará en el levantamiento.
El primer día postoperatorio, se comenzarán ejercicios de EESS, respiratorios y deambulación. Se indicará un circuito por planta preestablecido de 125 m. El paciente realizará 5 vueltas en tres tandas a lo largo del día. Se monitorizará frecuencia cardíaca y saturación de O2 previo al ejercicio y posteriormente.
El resto de días se realizará la misma pauta, aumentando la deambulación de forma progresiva.
Los ejercicios de EESS, y respiratorios de podrán realizar en grupo en una de las salas de espera en horario determinado, dirigidos por enfermera y auxiliar.
Al alta hospitalaria se entregará una encuesta de satisfacción y sugerencias de mejoras.

INDICADORES
1.- Número de pacientes intervenidos por cáncer colo-rectal que realizan el plan de ejercicios/ Número de pacientes intervenidos por cáncer colo-rectal
2.- Tiempo en metros caminados/día por cada paciente
3.- Número de pacientes intervenidos por cáncer colo-rectal > 70 años que realizan el plan de ejercicios/ Número de pacientes intervenidos por cáncer colo-rectal
4.- Dificultades de la puesta en marcha del programa
5.- Número de veces en los que es necesario la auxiliar/celador para levantar al paciente intervenido de cáncer colo-rectal/Número de veces durante el ingreso que se levanta el paciente
6.- Complicaciones (escala de Clavien-Dindo)
7.- Estancia hospitalaria
8.- Grado de satisfacción de los pacientes

DURACIÓN
Responsables: facultativos decirugía colo-rectal, enfermeras y auxiliares de enfermería de planta de cirugía.
Primera reunión de trabajo informativa para todo el personal implicado en Marzo de 2019. Puesta en marcha en abril de 2019. Los datos se recogerán de manera prospectiva. El primer análisis se realizará al 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 - 2019/0239

1. TÍTULO

INFORMATIZACIÓN DEL PROTOCOLO QUIRÚRGICO EN UNIDAD DE MAMA (UMAC) DEL HCU LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LAURA SANCHEZ BLASCO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DELGADO BLANCO ELENA
MARIN CALAHORRANO JUAN PABLO
ARRIBAS DEL AMO MARIA DOLORES
GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA
GUEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se crearon informáticamente en Word cinco protocolos preformados conteniendo localización, ubicación de la patología por cuadrantes, la uni o bilateralidad, la técnica realizada, la adicción o no de técnicas agregadas (Biopsia selectiva del ganglio centinela, linfadenectomía, colocación de prótesis, colocación de drenajes…), el uso de profilaxis antibiótica así como una ilustración básica del área mamaria (por si requería de representación).
Se introdujo por parte de informática, la nota operatoria preformada en 5 formatos posibles: tumorectomía, mastectomía, mastectomía subcutánea bilateral, mamoplastia de reducción y ginecomastia en el varón, siendo dada de alta en los documentos pertenecientes al área quirúrgica del HP Doctor al personal médico que conforman la Unidad de Mama así como a los residentes formados en tal unidad. Se elaboraron protocolos tipo para los 5 tipos de cirugía más frecuentes.
Se evalúan los datos de los últimos 6 meses del año 2019 tras la incorporación de los protocolos automatizados en Junio 2019 por el Servicio de Informática.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se recogieron los datos desde el 1 de Julio 2019 hasta el 31 Diciembre de 2019, durante éste periodo se realizaron un total de 178 intervenciones de cirugía mamaria, y en un 96% de las mismas se realizó el protocolo quirúrgico preformado en el HP Doctor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La informatización en medicina se ha convertido en un elemento más de la buena práctica médica, al constituir un instrumento de gran utilidad, tanto para la asistencia como para la gestión. Por otra parte existen también los conocidos inconvenientes, relacionados principalmente con la seguridad de los datos y la salvaguarda del principio ético de confidencialidad, quizá sea éste la mayor desventaja de la informatización de la hoja operatoria. Por ello son también necesarias medidas de seguridad en los sistemas de información, teniendo siempre presente que ningún sistema garantiza el riesgo cero al igual que la información en papel.
En la medicina institucionalizada se produce una serie de circunstancias que no favorecen la salvaguarda de la confidencialidad. Una de ellas es el elevado número de personas que, por cuestiones operativas, tienen acceso a este tipo de información.
Pero, aunque los sistemas de informatización pueden asegurar, en principio, un mayor control del acceso a los datos clínicos registrados sobre un paciente y una mayor transparencia, también pueden generar un mayor riesgo de acceso y divulgación no autorizada de los datos para fines distintos de los que llevaron a su recogida y conservación

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/239 ========== ***

Nº de registro: 0239

Título
INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN UNIDAD DE MAMA (UMAC) DEL HCU LOZANO BLESA

Autores:
SANCHEZ BLASCO LAURA, DELGADO BLANCO ELENA, MARIN CALAHORRANO JUAN PABLO, ARRIBAS DEL AMO MARIA DOLORES, GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA, GUEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0239

1. TÍTULO

INFORMATIZACIÓN DEL PROTOCOLO QUIRÚRGICO EN UNIDAD DE MAMA (UMAC) DEL HCU LOZANO BLESA

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CIRUGIA MAMARIA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El protocolo quirúrgico (PQ), también denominado hoja quirúrgica, protocolo operatorio, nota operatoria, constituye un elemento fundamental de la historia clínica de los pacientes asistidos en servicios quirúrgicos y su función principal es la de servir como nexo de comunicación entre todos los integrantes de salud responsables, tanto de aquellos involucrados durante el ingreso como en la posterior atención ambulatoria o domiciliaria. Su lectura y comprensión debe permitir el conocimiento acabado del procedimiento quirúrgico desarrollado así como de los hallazgos, táctica adoptada y técnica quirúrgica, eventuales dificultades, incidentes y/o complicaciones y observaciones a detallar.
La presencia a esta información de manera global en la Historia Clínica Electrónica permite el acceso directo informatizado, desde cualquier centro del área, con información clara, concisa, detallada y esquematizada, ya que a veces adjunta además una imagen explicativa para contribuir a su comprensión.
Bien conocida y significativa es su utilidad como elemento de evaluación de la calidad de atención médica, para la realización de trabajos científicos, a las actuales circunstancias de epidemia de juicios por presunta malapraxis imponen una cuidadosa y detallada elaboración, por ser dicho elemento de la historia clínica, en numerosas oportunidades, fundamental para el esclarecimiento de un caso. No puede obviarse que un correcto manejo de riesgo médico- legal impone una cuidadosa elaboración de dicho documento, por ser fundamental para el conocimiento acabado de todas las circunstancias que rodean la atención de un paciente en particular.
La creación de protocolos preformados con los detalles a especificar tales como localización, la ubicación de la patología por cuadrantes, la uni o bilateralidad, la técnica realizada, la adicción o no de técnicas agregadas (Biopsia selectiva del ganglio centinela, linfadenectomía, colocación de prótesis, colocación de drenajes…), el uso de profilaxis antibiótica confecciona de esta manera un protocolo sencillo, completo que consigue además el perfeccionamiento de la nota operatoria.

RESULTADOS ESPERADOS
Informatizar el protocolo quirúrgico de la Unidad de Mama (UMAC) de HCU Lozano Blesa
1. Mejora de intercomunicación entre los médicos tratantes
2. Tratarse de información relevante, accesible, legible, completa, sin opción al extravío
3. Fácil acceso a un elemento docente, a análisis estadísticos, análisis de costos (prestaciones, prótesis, material utilizado…)
4. Adjuntar si es solicitado como información al paciente

MÉTODO
Informatización completa de los datos del protocolo operatorio de la UMAC a partir de Julio del 2019

INDICADORES
Evaluación retrospectiva de fichas de protocolo quirúrgico realizados a través del HP Doctor y/o Historia Clínica Electrónica

DURACIÓN
Abril 2019: grupo de trabajo, contacto con informática,
Mayo 2019: creación de plantillas base de protocolos quirúrgicos preformados de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes con los ítems a rellenar.
Junio 2019: integración del protocolo quirúrgico informatizado en HP Doctor.
Enero 2020: valoración de los primeros protocolos quirúrgicos informatizados para detección de problemas y resolución.

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 - 2019/0374

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE UNA HOJA DE ACOGIDA CON INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO SOLER LANZUELA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRISTOBAL MENDEZ NURIA MARIA
GONZALVO APARICIO LUCIA
LOPEZ MARTINEZ ANA CRISTINA
EZQUERRA CASAUS LAURA
PINILLA JOVEN NOELIA
SANZ PLUMED ANA VICTORIA
SANZ SANMIGUEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante la primera parte del proyecto buscamos información y creamos un boceto de lo que sería nuestra hoja de acogida. Comparamos guías y hojas de otros hospitales, servicios... decidimos que información era la queríamos plasmar y como. Para ello nos reunimos en dos ocasiones.
Nos juntamos una vez más para terminar de darle forma a la hoja de acogida, hemos hecho un díptico con información para pacientes y familiares.
En septiembre 2019 le enseñamos el trabajo a los supervisores de la unidad y jefe del servicio, nos retocan algunos aspectos, los modificamos y nos dan el visto bueno.
También le mostramos el trabajo a la secretaría del servicio.
Al mes siguiente pasamos al servicio de calidad. Tenemos una reunión con ellos, nos plantean que el formato no es el adecuado, es obligatorio seguir las plantillas creadas en el hospital.
Trasladamos toda la información al nuevo formato.
Se lo mostramos a la supervisora de enfermería y jefe se servicio.
Comenzamos una prueba entregando la hoja de acogida a pacientes y familiares .
Siempre los pacientes de las mismas habitaciones (206-211) tendrán la hoja de acogida, el resto de pacientes seguirán como hasta ahora.
Al final del ingreso se les pasa una encuesta.
Tenemos una nueva reunión con el servicio de calidad del hospital para perfilar el tríptico.
Una vez terminado el tríptico se lo enseñamos al resto de personal y decidimos cuando es el mejor momento de entregarlo.
Actualmente el tríptico está en el servicio de calidad pendiente de colgarlo en la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos realizado un tríptico para pacientes y familiares con información del servicio de la planta.
Los resultados obtenidos en las encuestas son muy buenos.
Durante la fase de prueba dimos folleto sólo a unos pacientes determinados, comprobando que estos cumplen mejor las normas del servicio y están más organizados.
Todos los encuestados prefieren tener la información por escrito. Algún familiar nos ha comentado que con una buena información al ingreso es suficiente. Pero por lo general la satisfacción con el tríptico es muy alta entre los pacientes, familiares y el personal.
Cuando los pacientes vienen al servicio seguimos dando la información de manera verbal, les contamos el funcionamiento de la planta, pero ahora tenemos la información también por escrito, va ha ser un gran apoyo para el paciente y para el profesional.
No hemos realizado encuesta al personal, pero si que en general nos han trasladado su satisfacción con la introducción del tríptico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos trabajado y nos ha gustado crear este folleto sobretodo porque era algo que que queríamos hacer hace tiempo y porque hace falta en la unidad. Pensamos que va ha venir muy bien para mejorar el funcionamiento, y para evitar errores.
En el primer diseño del díptico cometimos el error de diseñarlo sin preguntar más. Perdimos mucho tiempo. Hemos aprendido que hay que seguir las normas del hospital, que ya hay unas plantillas creadas para tal fin y que no nos podemos saltar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/374 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0374

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE UNA HOJA DE ACOGIDA CON INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Nº de registro: 0374

Título
REALIZACION DE UNA HOJA DE ACOGIDA CON INFORMACION PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Autores:
SOLER LANZUELA FRANCISCO, CRISTOBAL MENDEZ NURIA MARIA, GONZALVO APARICIO LUCIA, LOPEZ MARTINEZ ANA CRISTINA, EZQUERRA CASAUS LAURA, PINILLA JOVEN NOELIA, SANZ PLUMED ANA VICTORIA, SANZ SANMIGUEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades endocrinos-metabólicas, enfermedades digestivas, neoplasias, enfermedades de la piel y tejido subcutáneo.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Necesidad de crear un medio físico donde tener toda la información que les damos a los pacientes, para así dársela en el momento del ingreso.
En estos momentos no tenemos ningún documento que plasme gráficamente la información que damos de manera verbal en cuanto al funcionamiento de la unidad, hospital, y los consejos generales durante el ingreso.
Los pacientes al ingreso llegan a un medio desconocido, donde reciben mucha y nueva información, todo ello unido a la situación de ansiedad y estres que les genera el propio ingreso hace que la información no sea recibida adecuadamente y se pierda. Por ello pensamos que un documento que refleje dicha información por escrito facilitaría el confort, la seguridad y la tranquilidad del paciente y de sus familiares.

RESULTADOS ESPERADOS
-Reforzar y potenciar la información/comunicación entre paciente/familia y personal sanitario, y el medio que lo rodea (hospital).
-Aportar seguridad al paciente.
-Unificar criterios en la información que se le da al paciente.
- Garantizar que el paciente esté informado durante el proceso asistencial
El proyecto va dirigido a los pacientes que ingresan en la unidad, tanto de forma programada como urgente.

MÉTODO
-Búsqueda de información, revisión de guías de otros hospitales y/o servicios del HCU Lozano Blesa. Sondeo al personal de planta acerca de lo que se hace/dice, como se informa cuando un paciente llega a la unidad.
-Primera reunión del equipo, puesta en común de ideas y redacción del primer borrador del proyecto.
-Se pondrá en conocimiento de supervisores de planta, jefe de servicio y subdirección de enfermería del área quirúrgica.
-Segunda reunión del equipo. Diseño y finalización de hoja.
-Presentación de hoja y explicación al equipo asistencial.
-Puesta en marcha.
-Elaboración de encuestas personal sanitario.

INDICADORES
-Numero de personas a las que les damos la hoja de acogida.
-Numero de folletos impresos.
- Disminución del número de preguntas relacionadas con la información dada.
(mediante encuesta al personal).
-Grado de satisfacción del personal. (mediante encuesta al personal).
% de pacientes a los que entregamos el el folleto informativo se muestran mas seguros al recordar la información que les damos de manera verbal.
Incremento y mejora de la comunicación entre paciente/familia y personal y relación con el medio.

DURACIÓN
Inicio del proyecto marzo 2019- Finalización del proyecto septiembre 2019.

Durante el primer trimestre realizaremos la búsqueda de información, revisión de guías...se realizará la puesta en común de ideas mediante una reunión de equipo donde también se elaborará un primer borrador del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0374

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE UNA HOJA DE ACOGIDA CON INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

folleto.
Una vez realizada la primera reunión se comunicará a los responsables del servicio, supervisora de planta, jefe del servicio y subdirección de enfermería del área quirúrgica para su aprobación.

Durante el segundo trimestre terminaremos el diseño del folleto, trasladándolo al servicio de calidad del hospital para su aprobación.
Para finalizar se presenta al equipo asistencial para su puesta en marcha.

OBSERVACIONES
La sala de trabajo que utilizaremos será la sala de reuniones de la planta que está ubicada en el control de enfermería del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0554

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES DIETETICAS PARA EL PACIENTE SOMETIDO A UNA INTERVENCION, QUE CONLLEVE LA REALIZACION DE UN ESTOMA DE ELIMINACION

Fecha de entrada: 24/12/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN DIARTE ABENIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ PLUMED ANA VICTORIA
BUENO FENERO SARA
SOLER LANZUELA FRANCISCO
SANCHEZ BUEY MILAGROS
CASTAÑO CARMEN
RUBIO NATALIA
OCON BRETON JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
a) Formación del equipo de trabajo multidisciplinar. En él participan enfermeros del servicio de cirugía general, de la unidad de estomaterapia, del servicio de urgencias y de atención primaria, además del servicio de nutrición.
b) Búsqueda bibliográfica.
c) Elaboración de documento “borrador”.
Ha sido revisado por el servicio de nutrición, y por 2 cirujanos del servicio de cirugía general del hospital y mostrado a los pacientes "expertos" colaboradores en el grupo de educación sanitaria "Taller para pacientes ostomizados y familiares(...)"
?
?

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Número de visitas no programadas a las consultas externas y a urgencias en el primer mes post-intervención relacionadas con aspectos dietéticos.
-Grado de satisfacción de los pacientes por medio de entrevista en consultas.
No existen indicadores ni valores estándar en la literatura con los cuales comparar el impacto de nuestro proyecto.
Los indicadores descritos se evaluarán a los 6 meses de la implementación del documento informativo como apoyo a la información oral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de trabajo ha realizado las actividades propuestas para la consecución de objetivos.
Aspectos pendientes:
Analizar el feed back recibido para la corrección y mejora del documento borrador (consenso del equipo multidisciplinar)
Presentación del proyecto final al equipo directivo del servicio: jefe cirugía, supervisora de unidad.
Presentación a la unidad de Calidad para iniciar su difusión.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/554 ========== ***

Nº de registro: 0554

Título
ELABORACION DE DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES DIETETICAS PARA EL PACIENTE SOMETIDO A UNA INTERVENCION, QUE CONLLEVE LA REALIZACION DE UN ESTOMA DE ELIMINACION

Autores:
DIARTE ABENIA MARIA CARMEN, SANZ PLUMED ANA VICTORIA, BUENO FENERO SARA, SOLER LANZUELA FRANCISCO, SANCHEZ BUEY MILAGROS, CASTAÑO PRIETO CARMEN, RUBIO TORNER NATALIA, OCON BRETON MARIA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades del aparato genitourinario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0554

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES DIETETICAS PARA EL PACIENTE SOMETIDO A UNA INTERVENCION, QUE CONLLEVE LA REALIZACION DE UN ESTOMA DE ELIMINACION

Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde el servicio de cirugía y la unidad de estomaterapia, detectamos la necesidad de proporcionar información escrita como soporte a la educación sanitaria realizada al paciente ostomizado, durante la hospitalización y tras el alta, en consulta ambulatoria. Actualmente disponemos de un tríptico de información general, realizado en el año 2012 en el marco de un proyecto de mejora de calidad, pero no de monográficos sobre otros aspectos en los que interesa profundizar, como es la dieta. En el monográfico de alimentación en ileostomías, se incluirá además un registro de débito por la ileostomía, los signos de alarma, y los pasos a seguir en caso de aparición de alguno de ellos.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: pacientes intervenidos en el hospital, a los que se les realiza una ostomía de eliminación.
El objetivo principal del proyecto es mejorar la atención brindada a los pacientes sometidos a una cirugía que conlleva la realización de un estoma de eliminación.
Objetivos:
a) Reforzar la información proporcionada verbalmente a los pacientes.
b) Aumentar la seguridad y confianza en el autocuidado por parte del paciente/familia.
c) Disminuir el número de consultas no programadas por dudas o complicaciones relacionadas con la dieta.
d) Disminuir el número de asistencias de urgencias debido a complicaciones relacionadas con la dieta inadecuada (deshidratación, obstrucción…)
e) Disminuir el número de reingresos debidos a complicaciones relacionadas con la dieta inadecuada.

MÉTODO
a) Formación del equipo de trabajo multidisciplinar. En él se incorporan enfermeros del servicio de cirugía general, de la unidad de estomaterapia, del servicio de urgencias y de atención primaria, además de ser supervisado el proyecto por el servicio de nutrición.
b) Búsqueda bibliográfica.
c) Elaboración de documento “borrador”. Este será entregado a cirujanos generales, enfermeros de cirugía, nutricionista, y a pacientes “expertos” que colaboran actualmente en el taller de educación a pacientes ostomizados y familiares. Tras su valoración y recogida de opinión se procederá a:
d) Analizar el feed back recibido y redacción de nuevo documento con sus correcciones/aportaciones.
e) Revisión y consenso por el equipo multidisciplinar.
f) Presentación del proyecto final al equipo directivo del servicio: jefe cirugía, supervisora de unidad.

INDICADORES
El resultado de nuestro proyecto se evaluará por medio del impacto en el número de visitas no programadas a las consultas externas y a urgencias en el primer mes post-intervención. El objetivo será alcanzar ninguna visita no programada, relacionada con dudas sobre aspectos dietéticos. Así mismo se evaluará el grado de satisfacción de los pacientes por medio de entrevista en consultas. No existen indicadores ni valores estándar en la literatura con los cuales comparar el impacto de nuestro proyecto.

DURACIÓN
? -Inicio: marzo 2019: Reunión del equipo. Búsqueda bibliográfica.
? -Abril: Redacción de documento “borrador”. Será consensuado con servicio de nutrición, y evaluado por al menos 2 cirujanos del servicio de cirugía general del hospital.
? -Primer martes de mayo: presentación a pacientes expertos del documento “borrador”.
? -2ªQuincena de mayo: redacción del documento definitivo.
? -Junio: Implementación del documento como documento de apoyo educativo a todos los pacientes ostomizados intervenidos a partir de ese momento.

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 - 2019/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA EN NUESTRO MEDIO

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO LATORRE SAHUN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIO BARRABES JESSICA
BURILLO FUERTES PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han revisado las guías clínicas para el manejo de la fractura osteoporótica disponibles a través de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT) y la Sociedad Española de Fracturas Osteoporóticas (SEFRAOS) para la creación de un protocolo adaptado que pudiera implantarse en nuestro servicio.
Dicho protocolo se presentó en sesión clínica del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del H.Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) con aceptación del mismo y modificación con las sugerencias aportadas. El documento se puso a disposición de los facultativos en ambos controles de enfermería, así como en el despacho médico.
Además se creó una hoja con los factores de riesgo de aparición de fractura osteoporótica y un algoritmo de aplicación asociado, también disponibles para cualquier facultativo, para facilitar la aplicación del protocolo de cara a las posibles pautas farmacológicas administradas al alta del paciente.
Fue necesario ampliar el estudio analítico de los pacientes ingresados por fractura osteoporótica de cadera mediante el valor de vitamina D en sangre para ajustar los tratamientos. Además de manera ambulatoria en los casos en los que se pautó dicha vitamina fue necesario realizar una nueva valoración sérica de manera general a los 3 meses de la intervención.
El seguimiento de estos pacientes se ha realizado de manera ambulatoria, valorando la adhesión al tratamiento y la aparición de nuevas fracturas hasta el momento actual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el 2019 ingresaron en nuestro servicio un total de 523 fracturas osteoporóticas de cadera, 277 de tipo trocantéreo y 194 subcapitales. La mortalidad en este primer año (hasta el momento actual) ha sido del 16% aproximadamente.
Dado que nos encontramos en el primer año de implantación del protocolo y a la elevada presión asistencial, su cumplimiento ha sido bajo, alrededor del 60%. En los casos en los que se aplicó el algoritmo para la administración del tratamiento, la adherencia al mismo se vio además afectada ya que en la valoración ambulatoria posterior se observó que los pacientes con cierta alteración cognitiva y bajo apoyo familiar no seguían las indicaciones al alta. Otra causa de bajo cumplimiento son los problemas digestivos intercurrentes como la dispepsia o alteraciones de la motilidad intestinal que hacían que el paciente rechazase la medicación vía oral. En ciertos casos también se dio la suspensión del tratamiento por parte del médico de Atención Primaria, sobretodo en pacientes polimedicados. Así pues la adhesión al tratamiento ronda el 70% actualmente.

Respecto a la aparición de nuevas fracturas, se han diagnosticado 16, localizadas de manera decreciente en: columna, antebrazo distal, cadera y húmero proximal. Dado que nos encontramos aún en el primer año de estudio no podemos valorar de manera significativa el hecho de que los pacientes que han mantenido el tratamiento adicional durante este periodo han presentado menor número de nuevas fracturas ostoeporóticas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El valor de vitamina D sérica es uno de los factores más fácilmente cuantificable dentro de los parámetros osteoporóticos observables, además de ser rápidamente modificable mediante su administración oral y presentando una duración del tratamiento limitada hasta la normalización de los niveles en sangre.
No se planteó la utilización de la densitometría como método diagnóstico debido al sobrecoste que supondría y su difícil accesibilidad.
La implantación está resultando muy progresiva, con objeto de mejorar está previsto realizar además de una sesión presentando los primeros resultados anuales, otra nueva sesión informativa al servicio.
La adherencia al tratamiento es otro objetivo a mejorar. Teniendo en cuenta que siempre se verá afectado por las características de estos pacientes y su situación social, se intentará optimizar la comunicación con el médico de Atención Primaria para evitar fallos en dicha adherencia.

7. OBSERVACIONES.
No son necesarias.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/390 ========== ***

Nº de registro: 0390

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA EN NUESTRO MEDIO

Título
PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA EN NUESTRO MEDIO

Autores:
LATORRE SAHUN ALBERTO, PALACIO BARRABES JESSICA, BURILLO FUERTES PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
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 osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más frecuente, con un importante impacto en la salud pública por su elevada morbimortalidad, la diminución en la calidad de vida que supone en los pacientes afectados, la posible necesidad de institucionalización y el gasto sanitario que producen. Esta enfermedad supone una reducción de la masa ósea por una tasa de resorción ósea mayor que la tasa de síntesis ósea lo que implica una mayor fragilidad ósea con un mayor riesgo de fracturas.
Es por ello que la fractura osteoporótica es una patología muy frecuente. Una vez se presenta, supone en sí misma un factor de riesgo para la aparición de otra nueva fractura osteoporótica. Sus localizaciones más habituales son: columna, cadera, antebrazo distal y húmero proximal. Para su tratamiento existen distintos fármacos de eficacia probada tanto para el mantenimiento de la masa ósea existente como para la disminución de la aparición de nuevas fracturas.

A pesar de lo expuesto, en nuestro día a día es habitual encontrarse con pacientes que ingresan presentando una fractura osteoporótica de cadera que bien o ya han padecido previamente alguna otra en distinta localización y no presentan una adecuada medicación al ingreso, o que presentan características que corresponden con un alto riesgo de padecer una 2ª fractura osteoporótica y a los que no se les inicia tratamiento al alta.
Con la creación e implantación de este protocolo se pretende que todo aquel paciente que ingrese en nuestro servicio por una fractura osteoporótica de cadera sea evaluado para que de cara al alta y siempre que sea necesario se le instaure un tratamiento para la osteoporosis en función de sus necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS
Este proyecto va dirigido a los integrantes del servicio de Cirugía Ortopédica de Traumatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
Su objetivo principal es realizar una correcta prevención secundaria de la fractura osteoporótica al alta mediante la aplicación de este protocolo. Como objetivo secundario se pretende disminuir la aparición de nuevas fracturas de este tipo en dichos pacientes.
La población diana serán los pacientes ingresados por fractura osteoporótica de cadera.

MÉTODO
Se revisarán las principales guías clínicas existentes para el tratamiento de la osteoporosis a partir de las cuales se creará un protocolo de actuación para la prevención secundaria de la fractura osteoporótica que será aplicable al alta hospitalaria de nuestros pacientes. Dicho protocolo será presentado en sesión clínica del servicio.
Se crearán además unas hojas que recojan los factores de riesgo evaluables, que estarán disponibles para cualquier facultativo de cara a facilitar la cuantificación del nivel de riesgo de cada paciente en el momento del alta.
El seguimiento de estos pacientes se realizará de manera ambulatoria, valorando la adhesión al tratamiento y la aparición de nuevas fracturas a medio y largo plazo.

INDICADORES
Se valorará en cifras absolutas el número de pacientes ingresados por fractura osteoporótica de cadera de manera anual así como la mortalidad al primer año.
Como indicadores se cuantificará:
1.- Implantación del protocolo: Número de pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo al alta respecto al número total de pacientes ingresados por esta patología. El estándar deseable será de = 95%.
2.- Adhesión al tratamiento: Número de pacientes que mantienen el tratamiento al año de su aplicación respecto número de pacientes a los que se les instauró el tratamiento en ese mismo año. El estándar deseable será de = 95%.
3.- Aparición de nuevas fracturas: Número de nuevas fracturas osteoporóticas respecto al total de pacientes que presentaron buena adherencia al tratamiento y respecto del total de pacientes a los que se les pautó tratamiento al alta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA EN NUESTRO MEDIO

DURACIÓN
Revisión de la bibliografía existente y creación del protocolo en uno-dos meses desde la fecha para su presentación posterior en el servicio hospitalario de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del protocolo, creación de la hoja de baremación del riesgo y valoración inicial de su funcionamiento a los 3 meses para evaluar posibles modificaciones. Al finalizar un año de su implantación, presentar los datos e indicadores obtenidos en sesión clínica del Servicio.

OBSERVACIONES
No son necesarias.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1329

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE MANEJO Y LECTURA DE HOLTER ELECTROCARDIOGRÁFICO QUE GARANTICE LA FIABILIDAD DE RESULTADOS

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA MARTINEZ LASARTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ TORRES MARIA
JULIAN GARCIA MARIA INES
PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA
RODRIGUEZ LORENTE CONCEPCION
SANCHEZ VAL ANTONIO
SORINAS VILLANUEVA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de un procedimiento para la correcta colocación, manejo y lectura del holter electrocardiográfico, en pacientes que acuden a la consulta de cardiología con el fin de evaluar los fenómenos eléctricos cardíacos y transitorios y así llegar a un correcto diagnóstico (tanto en el caso de arritmias como de otras alteraciones cardiológicas).
Realizamos revisiones bibliográficas sobre la lectura y el manejo del holter electrocardiográfico, para aumentar y reforzar nuestros conocimientos y habilidades en dicha materia.
Se programaron reuniones para intensificar la colaboración entre cardiólogos y enfermeras de la consulta de cardiología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados obtenidos han sido favorables.
Disminución de la variabilidad en la obtención de los datos y su posterior interpretación.
Mejora en los conocimientos y habilidades del personal responsable.
Ausencia de complicaciones derivadas del uso incorrecto del material utilizado y/o de una incorrecta educación para la salud a los pacientes por parte del personal de enfermería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El resultado final de la elaboración de este procedimiento ha sido satisfactorio y acorde a lo esperado. Creemos que con la descripción detallada del material necesario y el proceso que se lleva a cabo en colocación de holter, así como la posterior lectura del registro electrocardiográfico, se facilitará el aprendizaje de aquellos nuevos profesionales que se incorporen a la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1329 ========== ***

Nº de registro: 1329

Título
ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE MANEJO Y LECTURA DE HOLTER ELECTROCARDIOGRAFICO QUE GARANTICE LA FIABILIDAD DE RESULTADOS

Autores:
MARTINEZ LASARTE CRISTINA, IBAÑEZ TORRES MARIA, JULIAN GARCIA MARIA INES, PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA, RODRIGO TRALLERO GONZALO, RODRIGUEZ LORENTE CONCEPCION, SANCHEZ VAL ANTONIO, SORINAS VILLANUEVA LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1329

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE MANEJO Y LECTURA DE HOLTER ELECTROCARDIOGRÁFICO QUE GARANTICE LA FIABILIDAD DE RESULTADOS

PROBLEMA
El holter electrocardiográfico es una prueba diagnóstica muy frecuente en la práctica diaria de la consulta de cardiología para el diagnóstico de distintos problemas, ya sea de la propia especialidad como de otras (neurología, medicina interna, pediatría; entre otras). Durante el año 2018 se realizaron la colocación y lectura de 1127 holter.
Debido a que es un procedimiento que se lleva a cabo a diario y es de gran utilidad en el diagnóstico tanto de arritmias como de otras alteraciones cardiológicas, se ve necesario realizar una formación adecuada para su correcto manejo y lectura, tanto entre el personal propio de la unidad como para el de nueva incorporación, evitando así la heterogeneidad de resultados y disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica.
En el trabajo diario se cuenta con una plantilla reducida (tres enfermeras de cardiología y una enfermera de arritmias) y, dada la especialización que requiere el puesto de trabajo, conocimiento del software específico Ela Medical®, entre otras; se hace necesaria la elaboración de un procedimiento de manejo y lectura del holter electrocardiográfico para todo el equipo y para las personas de nueva incorporación, que en muchas ocasiones tienen que ponerse al día en cortos períodos de tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir la variabilidad clínica en la obtención e interpretación de los datos.
- Reforzar los conocimientos y habilidades del personal de la plantilla sobre el manejo y lectura que se lleva a cabo en el trabajo rutinario.
- Facilitar el aprendizaje para los nuevos profesionales que se incorporan a la unidad.
- Garantizar una correcta interpretación de los datos obtenidos en la lectura del holter.

MÉTODO
- Elaboración del procedimiento de manejo y lectura de holter para disminuir la variabilidad de la práctica clínica.
- Difusión del procedimiento.
- Planificación oferta formativa.
- Revisión bibliográfica sobre lectura y manejo de holter.

INDICADORES
- Procedimiento elaborado.
- Difusión del procedimiento en el servicio mediante correo electrónico o papel.
- Difusión del procedimiento en personal de nueva incorporación
- Porcentaje de procedimientos difundidos en el servicio
- Porcentaje de procedimientos difundidos en personal de nueva incorporación.
- Utilización del procedimiento.

DURACIÓN
Los componentes del equipo de mejora de calidad participarán de forma equitativa en las diferentes actividades y servicios a realizar siendo coordinados por el responsable del proyecto entre abril y diciembre de 2019.
Se realizarán reuniones quincenales con puestas en común del trabajo realizado y objetivos alcanzados.

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 - 2019/0433

1. TÍTULO

MAPEO CORPORAL DIGITAL DE LESIONES PIGMENTADAS EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARCIAL ALVAREZ SALAFRANCA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LITE CENZANO CRISTINA DEL PILAR
MORALES MOYA ANA LUISA
CONCELLON DOÑATE MARIA ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En relación al proyecto planteado, se ha instaurado una consulta de autogestión en el Servicio Dermatología a cargo de Marcial Álvarez Salafranca, con carácter bimensual y con atención a 4 pacientes en cada día de consulta. El tiempo aproximado requerido por paciente es de entre 30 y 45 minutos en función del fenotipo y características de las lesiones.

El personal de enfermería de Dermatología ha sido formado para la toma de imágenes (mapas corporales) basales y de seguimiento, así como para el adecuado manejo del equipamiento.

Con la finalidad de ajustar adecuadamente las derivaciones dentro del Servicio, se ha llevado a cabo una sesión clínica informativa, en la cual se han explicado los criterios de inclusión en el programa de seguimiento digital. Así mismo se ha elaborado un procedimiento para la normalización de la técnica, ya remitido al Servicio de Calidad para su valoración y encontrándose pendiente de la misma.

A lo largo de 2019 se han incluido un total de 39 pacientes en el programa de seguimiento digital y a todos ellos se les ha realizado al menos la visita inicial y las imágenes basales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Número de pacientes valorados: 39.
-Número de visitas basales realizadas: 39.
-Número de visitas de seguimiento realizadas: 13
-Número de altas: 1.
-Número de pacientes con síndrome del nevus displásico: 36.
-Resto de indicaciones: 1 Nevus congénito, 1 Síndrome de Leopard, 1 Melanoniquia longitudinal.
-Número de lesiones extirpadas: 6.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración global de las actividades realizadas es positiva. Se han incluido en el programa de seguimiento digital a pacientes con alto riesgo de melanoma cutáneo y gran número de lesiones pigmentadas, con la finalidad de reducir el número de biopsias innecesarias en lesiones biológicamente indolentes pero clínicamente atípicas, a la vez que se logra un diagnóstico precoz de lesiones malignas. Esta técnica esta totalmente refrendada por la evidencia científica, incluyendo un metaanálisis. Por ello, consideramos su implantación como un elemento de valor para el Servicio de Dermatología.

Queda pendiente la posibilidad de ampliar la frecuencia de consulta, en función de la demanda que se genere.

El proyecto nos parece sostenible, en tanto que no genera un gasto adicional en el Servicio, el personal se encuentra formado para su desarrollo y el médico responsable de su ejecución compatibiliza el desarrollo de esta técnica con el resto de responsabilidades previamente adjudicadas en el Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/433 ========== ***

Nº de registro: 0433

Título
MAPEO CORPORAL DIGITAL DE LESIONES PIGMENTADAS EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA

Autores:
ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL, LITE CENZANO CRISTINA DEL PILAR, MORALES MOYA ANA LUISA, CONCELLON DOÑATE MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0433

1. TÍTULO

MAPEO CORPORAL DIGITAL DE LESIONES PIGMENTADAS EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA

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: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El mapeo corporal digital es una tecnología no invasiva, novedosa que ha demostrado su eficacia en el diagnóstico precoz del melanoma cutáneo. Mejora la precisión diagnóstica hasta en un 95%. Está principalmente indicada en pacientes con factores de riesgo de melanoma primario, o en aquellos que han padecido un melanoma primario, en los que es necesario un mayor control. La dermatoscopia digital nos permitirá almacenar los datos de las diferentes consultas gracias a contar con una cámara y un software, además de permitirnos hacer comparaciones precisas entre una exploración y otra.
El pronóstico de supervivencia global del paciente con melanoma, depende del diagnóstico y tratamiento precoz del mismo. Es por ello que las unidades asistenciales responsables del diagnóstico del melanoma cutáneo deben estar dotadas de todos los medios técnicos que han demostrado beneficio en cuanto al diagnóstico precoz del melanoma. En este sentido considerando que nos encontramos en un hospital de referencia en nuestra provincia, en el que ya hemos podido observar una mejora en el diagnóstico de melanoma con la dermatoscopia manual, debemos incorporar la tecnología mas novedosa a nuestro servicio, la dermatoscopia digital, que pueden ayudar a nuestros pacientes a tener un diagnóstico más precoz de sus lesiones.

RESULTADOS ESPERADOS
La población a la que va dirigido este proyecto es a todos aquellos pacientes de cualquier edad, con factores de riesgo de melanoma y cuyo control con los métodos habituales en las consultas de dermatología, no sean suficiente para poder garantizar su diagnóstico más precoz. Pacientes con gran número de nevus, en lugares difícil de controlar o muchos con estructura atípica, pacientes con antecedentes personales o familiares de melanoma y cáncer de páncreas.

MÉTODO
Para el desarrollo de dicha actividad se cuenta con una consulta quincenal en las consultas de dermatología, donde se valoraran los pacientes según la demanda de dicha patología. En dicha consulta se cuenta con un equipo dermatoscópico digital (Foto- Finder), el cual será utilizado para la valoración de dichas lesiones pigmentadas y se hará seguimiento según el riesgo del paciente para desarrollar melanoma. La enfermera de la unidad realizara la toma de imágenes digitales y el dermatólogo realizará la evaluación de las diferentes lesiones.

INDICADORES
Se considerara como indicador el número de pacientes valorados en la consulta con la técnica de mapeo corporal.

DURACIÓN
Desde 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 - 2019/0435

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTAS VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA. TELEDERMATOLOGIA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SONIA DE LA FUENTE MEIRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Previamente a la puesta en funcionamiento del programa de teledermatología se realizó una reunión, en agosto de 2019, con los médicos de atención primaria, personal de informática y dirección. Esta reunión tuvo como finalidad el aprendizaje en el manejo de los dispositivos, establecer un consenso respecto al número y tipo de imágenes a remitir, así como el tipo de patología susceptible de ser vista en este programa en un inicio.

El personal del Servicio de Dermatología adscrito a este programa piloto ha sido Marcial Álvarez Salafranca, médico adjunto de este Servicio. El programa se puso plenamente en funcionamiento en Septiembre de 2019 y ha continuado de manera ininterrumpida hasta hoy. Tal y como se acordó en la reunión inicial, se ha considerado válido el envío de imágenes tumorales (benignas o malignas, pigmentadas o no) susceptibles de su análisis dermatoscópico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Del mes de septiembre al mes de diciembre de 2019 se han valorado un total de 95 teleconsultas, de las cuales 19 no pudieron responderse de manera satisfactoria por errores en el envío de la imagen/ mala calidad de la misma, o por no cumplirse los criterios de derivación establecidos. Por lo tanto 76 teleconsultas fueron respondidas de manera satisfactoria.

Se presentan de forma resumida los resultados absolutos y porcentuales obtenidos durante estos primeros 4 meses de implantación del proyecto:

-Nº de teleconsultas valoradas: 95.
-Nº de teleconsultas valoradas satisfactoriamente: 76.
-Media de teleconsultas/ mes: 23,75.
-Se indicó citar con prioridad preferente: 16.
-Se indicó citar con prioridad normal: 44.
-Se indicó no citar en el momento de la teleconsulta: 16.
-Se estableció sospecha de malignidad como 1ª opción: 19
-Porcentaje de lesiones sospechosas de malignidad: 25%.
-Porcentaje de consultas presenciales evitadas (teniendo en cuenta solo aquellas consultas valoradas satisfactoriamente): 21%.

La satisfacción con la plataforma informática en general es buena. La calidad de las imágenes remitidas en general es la adecuada. Se han detectado errores en el envío de las imágenes, que sin embargo se han reducido notablemente en el último mes de funcionamiento del programa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-El programa de teledermatología con teledermatoscopia se encuentra en funcionamiento, con un grado de satisfacción alto.
-La interacción con los médicos de atención primaria es buena, y la capacitación en el envío de las imágenes ha mejorado de forma notable.
-Durante estos 4 meses de funcionamiento, el programa ha permitido detectar lesiones sospechosas de malignidad y poner en marcha citaciones preferentes en los casos en los que así se ha considerado, reduciendo de este modo el tiempo de espera hasta su tratamiento.
-El programa de teledermatología ha permitido la detección de lesiones benignas que no precisan de valoración especializada en el momento de la teleconsulta, siempre explicando que ante cambios se debe volver a consultar.
-Consideramos el proyecto como sostenible, puesto que el personal responsable del desarrollo del mismo lo ha asumido adaptando este a sus responsabilidades previas, sin perjuicio para estas. Además, la implantación del programa no ha generado un gasto adicional al Servicio.
-Queda pendiente la posible ampliación a otros Centros de Atención Primaria, así como una posible ampliación patologías no previstas en el proyecto inicial. También quedaría pendiente la posible realización de talleres formativos presenciales.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0435

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTAS VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA. TELEDERMATOLOGIA

*** ========== Resumen del proyecto 2019/435 ========== ***

Nº de registro: 0435

Título
PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTAS VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA. TELEDERMATOLOGIA

Autores:
DE LA FUENTE MEIRA SONIA, ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La teledermatología (TD) consiste en la evaluación clínica de lesiones cutáneas y la revisión de datos de laboratorio por dermatólogos con técnicas de TM, permitiendo el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes a distancia. El objetivo fundamental es conseguir acceso a la medicina cutánea especializada desde lugares remotos o agilizar la llegada de los pacientes a las consultas para su tratamiento. Un objetivo secundario sería aumentar la eficiencia diagnóstica disminuyendo el número de visitas al hospital.
El objetivo principal de esta técnica es cribar pacientes con lesiones benignas para priorizar patologías más urgentes y severas para que de forma rápida puedan ser atendidas. “Con la Tele-Dermatología un dermatólogo on line puede orientar el cuadro clínico en pocos días (incluso en horas). La priorización, la accesibilidad o el cribado de patologías banales son algunos de los pilares en los que se sustenta la relación entre la teledermatología y las especialidades.
Vamos a comenzar a trabajar con 11 centros de primaria del Área III de Aragón. Un adjunto del servicio de dermatología, el Dr. Marcial Álvarez Salafranca, se hará cargo de interpretar y valorar los casos de remitidos desde los centros de salud. La Dra. Sonia de la Fuente Meira será la coordinadora del proyecto.
Es muy importante que las imágenes que se remitan para diagnostico, sean obtenidas en las mejores condiciones.Tras la valoración de las muestras puede existir diferentes supuestos: a) No necesita valoración dermatológica, se puede indicar un diagnostico, sugerir un tratamiento si precisa o indicar si es competencia de otro especialista. b)Puede necesitar valoración dermatológica pero no es preferente. c) Puede tratarse de una lesión tumoral que requiera tratamiento quirúrgico, y que deba citarse en los Quirófanos de Dermatología. d)Puede tratarse de un paciente que necesite una valoración presencial, porque no se tiene claro el diagnostico. En este caso se le facilitará al paciente una cita en las Consultas Externas de Dermatología.
Los casos remitidos con Teledermatología nos comprometemos a que sean valorados entre 7-10 días.

RESULTADOS ESPERADOS
Esté proyecto se va a comenzar con 11 centros de salud del área III de Zaragoza. Las lesiones serán valoradas por el Médico de atención Primaria, quien realizará una foto de la lesión lo más nítida posible y con referencia métrica para valorar el tamaño de la misma. Dicha imagen se remitirá a nuestro servicio donde a la mayor brevedad y siempre antes de 7 días se remitirá una impresión diagnóstica o la necesidad de que el paciente sea remitido a nuestras consultas.

MÉTODO
Para el desarrollo de dicha actividad se intentará resolver todos los casos a la mayor brevedad posible y siempre antes de 7 días se remitirá una impresión diagnóstica a cada caso. En caso de ser necesario que el paciente sea valorado en las consultas de dermatología, se hará la recomendación de cuando debe ser citado el paciente en las consultas

INDICADORES
Se considerara como indicador el número de pacientes valorados mediante el proyecto piloto de teledermatología al final del año

DURACIÓN
Desde Mayo a Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0435

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTAS VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA. TELEDERMATOLOGIA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0775

1. TÍTULO

REVISIÓN DIETÉTICA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CELIACOS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR ALONSO ESTEBAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REMACHA TOMEY BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Revisión dietética: encuesta dietética semanal (incluye ingesta de una semana completa)
2.- Detección de péptidos de gliadina en heces.
3.- Control serológico de AC AntiTGT previo y posterior a la revisión dietética

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 100% de las muestras de heces analizadas presentan detección de gluten negativa.
En el control serológico: 67% pacientes ha disminuido el título de AC tras la revisión dietética, 22% pacientes pendientes de control analítico posterior y el 11% pacientes han aumentado ligeramente el título de Ac.
La realización de la dieta era incorrecta en un 78% pacientes y correcta en un 22%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesaria una revisión individualizada de la dieta, ya que es elevado el número de pacientes que no la realizan correctamente, debido a la falta de conocimientos sobre la misma
La revisión dietética es un complemento indispensable en pacientes que no evolucionan correctamente.
La monitorización de la dieta a todos los pacientes a los 4-6 meses de su inicio, sería necesaria para comprobar el adecuado seguimiento de la misma

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/775 ========== ***

Nº de registro: 0775

Título
REVISION DIETETICA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CELIACOS

Autores:
ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR, REMACHA TOMEY BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El único tratamiento para controlar la enfermedad celiaca (EC) es la instauración y cumplimiento exhaustivo (estricto y de por vida) de una dieta exenta de gluten (DEG).En algunos pacientes se produce una falta de respuesta a la misma, siendo la causa más común, una adherencia inadecuada a la DEG.
Para evaluar el adecuado cumplimento dietario en esos casos, será necesario realizar una revisión dietética.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivar que la DEG que realiza cada paciente es la adecuada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0775

1. TÍTULO

REVISIÓN DIETÉTICA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CELIACOS

Promover, los cambios dietéticos necesarios para su adecuada realización.

MÉTODO
Revisión dietética: encuesta dietética semanal (incluye la ingesta de una semana completa)

INDICADORES
Realización de test de detección de péptidos de gliadina en heces, y control serológico de Ac antiTGT, tras la revisión dietética.
El estándar a alcanzar es una detección de gluten negativa en heces y una disminución del título de Ac

DURACIÓN
Duración anual, revisión dietética por parte de la enfermera y control analítico y de heces por parte de la médico digestivo

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 - 2019/0160

1. TÍTULO

DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO CENTRALIZADO EN CONSULTA ESPECÍFICA DE ENDOCRINOLOGÍA DE LOS PACIENTES CON HF EN EL SECTOR III

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LUIS IRIGOYEN CUCALON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO ORNA JOSE ANTONIO
BLASCO LAMARCA YOLANDA
RUIZ BUISAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Revisión y detección por el Servicio de Bioquímica de valores de colesterol LDL > 250 mg/dl
2.- Evaluación de los pacientes en consulta monográfica de lípidos del Servicio de Endocrinología por parte del coordinador del proyecto
3.- Solicitud de análisis genético en pacientes con sospecha de Hipercolesterolemia Familiar (HF) y cribado de familiares de los pacientes índice.
4.- Aplicación de tratamiento hipolipemiante dirigido a la consucución de los objetivos terapéuticos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Se ha implantado la consulta monográfica con éxito
2.- Se ha conseguido el reconocimiento por parte de la Sociedad Española de Aterosclerosis de la existencia de una Unidad de Lípidos en el HCU Lozano Blesa. Se cubre así una carencia importante en nuestra área sanitaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha constituido una Unidad de Lípidos en el sector III de Aragón dependiente del Servicio de Endocrinología (en el resto de los hospitales están adscritas a Medicina Interna o Cardiología).

7. OBSERVACIONES.
Consulta monográfica a pleno rendimiento, por lo que puede considerarse el proceso concluido con éxito.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/160 ========== ***

Nº de registro: 0160

Título
DETECCION Y SEGUIMIENTO CENTRALIZADO EN CONSULTA ESPECIFICA DE ENDOCRINOLOGIA DE LOS PACIENTES CON HF EN EL SECTOR III

Autores:
IRIGOYEN CUCALON LUIS, GIMENO ORNA JOSE ANTONIO, BLASCO LAMARCA YOLANDA, RUIZ BUISAN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La hipercolesterolemia familiar (HF) es el trastorno genético más frecuente asociado a cardiopatía isquémica precoz. Se debe a mutaciones autosómico-dominantes que elevan las cifras de colesterol LDL (cLDL). La prevalencia es 1/300 en España, por lo que en nuestra área sanitaria sería previsible que hubiese aproximadamente 1000 personas afectadas.
La HF cumple los requisitos de la OMS para realización de cribado sistemático. Además, han aparecido nuevos fármacos (i-PCSK9) capaces de mejorar el control y el pronóstico de los pacientes afectados con esta enfermedad. Por ello es conveniente facilitar la detección precoz y el correcto tratamiento de los pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0160

1. TÍTULO

DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO CENTRALIZADO EN CONSULTA ESPECÍFICA DE ENDOCRINOLOGÍA DE LOS PACIENTES CON HF EN EL SECTOR III

con HF

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Aumentar la detección de pacientes con HF
2.- Centralizar el manejo de estos pacientes en una consulta específica
3.- Facilitar la coordinación entre niveles asistenciales

MÉTODO
1.- Revisión de analíticas de laboratorio de modo sistemático para identificar cifras de cLDL que sean compatibles con el diagnóstico de HF (cLDL > 250 mg/dl en adultos). El listado correspondiente será facilitado por el servicio de bioquímica.
2.- Revisión de las personas detectadas para comprobar si cumplen criterios que los hagan tributarios de análisis genético. Esta labor sería realizada por el servicio de endocrinología.
3.- En pacientes índice (con diagnóstico genético de HF confirmado) se planificará el seguimiento programado con un doble objetivo: detección precoz de enfermedad aterosclerótica y tratamiento destinado a la consecución de los objetivos de cLDL recomendados por las guías de práctica clíncia.
4.- Tras la detección de un paciente índice se planificará un cribado en cascada para detectar familiares afectos
.
La detección y seguimiento de los sujetos con HF se realizará en una consulta monográfica con agenda semanal en el servicio de endocrinología

INDICADORES
1.- Implantación de la consulta monográfica
2.- Número de pacientes atendidos: objetivo > 50 pacientes en el primer año de funcionamiento. Esto será posible tras la revisión inicial de los listados suministrados por el servicio de bioquímica
3.- Porcentaje de pacientes con cLDL dentro de objetivos durante el primer año de seguimiento (estándar 80%)

DURACIÓN
Implantación de la agenda ENDLIP con periodicidad semanal en 2019

OBSERVACIONES
Se generará una base de datos con los pacientes con HF para control de calidad y para posibilitar en el futuro la investigación epidemiológica

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0162

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A REDUCIR EL RIESGO VASCULAR RESIDUAL DE PACIENTES CON DIABETES

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GIMENO ORNA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CEBOLLADA DEL HOYO JESUS
MONZON LOMAS FRANCISCO JOSE
RUIZ LAIGLESIA JOSE ESTEBAN
TEJERO JUSTE CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Reunión de los miembros del equipo para consensuar pruebas complementarias y objetivos terapéuticos
2.- Búsqueda de espacio físico para la realización de la consulta
3.- Evaluación de la posibilidad de crear una agenda compartida con imputación de los pacientes a todos los Servicios implicados
4.- Presentación del proyecto en la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Se han consensuado la distribución de pruebas complementarias y los objetivos terapéuticos a alcanzar
2.- Se ha decidido la población diana sobre la que actuar
3.- El proyecto ha sido premiado por la SEEN en 2019 en el apartado de Premio a la Excelencia de un Equipo Multidisciplinar en Diabetes
4.- El proyecto fue presentado en sesión hospitalaria el 4 de diciembre de 2019
5.- Ha sido imposible encontrar un espacio físico para realizar una consulta compartida. Por ello se ha reconducido el proceso hacia la creación de Equipo que debería constituir un Comité de Riesgo Vascular Extremo. Su constitución se planteará como Proyecto de Gestión del Servicio de Endocrinología para el año 2020

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Proyecto pendiente de la constitución hospitalaria del Equipo como Comité con reuniones periódicas cuya frecuencia dependerá del número de pacientes susceptibles de evaluación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/162 ========== ***

Nº de registro: 0162

Título
CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A REDUCIR EL RIESGO VASCULAR RESIDUAL DE PACIENTES CON DIABETES

Autores:
GIMENO ORNA JOSE ANTONIO, CEBOLLADA DEL HOYO JESUS, MONZON LOMAS FRANCISCO JOSE, RUIZ LAIGLESIA JOSE ESTEBAN, TEJERO JUSTE CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La presencia de diabetes (tipos 1 y 2) incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. A

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0162

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A REDUCIR EL RIESGO VASCULAR RESIDUAL DE PACIENTES CON DIABETES

pesar de un control metabólico adecuado y de un tratamiento de los factores de riesgo vascular hasta alcanzar los objetivos recomendados por las guías clínicas, el riesgo cardiovascular residual de algunos pacientes con diabetes puede ser muy elevado. Es necesario por ello estratificar de la forma más precisa posible el riesgo vascular del paciente individual.
El riesgo cardiovascular más extremo se presenta en pacientes con DM y afectación de varios territorios vasculares (fenotipo vascular maligno) y en pacientes con ERC avanzada. Por ello es un grupo diana óptimo para intensificar las medidas terapéuticas.
Estrategias consolidadas para mejorar el pronóstico de los sujetos son la reducción agresiva del colesterol LDL y de la presión arterial, la consecución del mejor control posible de la HbA1c sin inducir hipoglucemias y utilizando fármacos que han demostrado beneficio cardiovascular y el empleo de antiagregantes en los pacientes de mayor riesgo inicial.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la atención a los pacientes con DM y riesgo vascular extremo
- Facilitar la coordinación entre especialidades orientada a reducir el riesgo vascular residual de los pacientes con DM y riesgo vascular extremo.
- Creación de un grupo multidisciplinar compuesto por distintas especialidades involucradas en el manejo de estos pacientes.
- Medicina Interna
- Endocrinología
- Cardiología
- Neurología
- Nefrología
- Generación de una base de datos compartida para investigación epidemiológica

MÉTODO
Se plantea la apertura de una agenda semanal (CMDMRR) atendida rotatoriamente por facultativos de los servicios de endocrinología, nefrología y medicina interna. Esto permitirá centralizar la atención a los pacientes disminuyendo el número de consultas a las que asistir, ya que estos pacientes pueden ser susceptibles de ser visitados en múltiples especialidades.
Se garantizará la existencia de un circuito fluido de derivación en caso necesario de los pacientes a las agendas propias de cada especialidad.
La selección de pacientes se realizará por los representantes del proyecto de cada uno de los servicios implicados. Cada Servicio tendrá conocimiento de la oferta asistencial de la nueva consulta y planteará potenciales candidatos al responsable de ese Servicio incluido en el proyecto. También se contempla la incorporación de pacientes enviados desde la consulta de pie diabético del hospital provincial por parte del cirujano vascular del sector III.

INDICADORES
1.- Puesta en funcionamiento de la consulta
2.- Porcentaje de pacientes con realización de todas las exploraciones complementarias de cribado: estándar > 70%
3.- Porcentaje de pacientes con todos los FR controlados según los objetivos fijados: estándar > 50%

DURACIÓN
Implantación y apertura de la agenda en 2019 y mantenimiento de modo indefinido

OBSERVACIONES
El enfoque principal es la reducción del riesgo residual de pacientes con diabetes de riesgo extremo. Se priorizará la selección de aquellos pacientes que por su mayor esperanza de vida y mejor situación funcional puedan experimentar mayor beneficio de un tratamiento intensivo.
Criterios de inclusión:
- Pacientes con DM tipo 1 y más de 20 años de evolución de la DM (preferentemente con afectación microvascular)
- Pacientes con DM tipo 2 y que hayan presentado
- Síndrome coronario agudo
- Ictus isquémico no cardioembólico
- Pie diabético con un componente de afectación vascular
- ERC preferentemente con macroalbuminuria

Criterios de exclusión
- Limitación de la esperanza de vida por comorbilidades
- Edad > 65 años
- Dependencia funcional
- ERC estadio 5D no candidato a trasplante

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0162

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A REDUCIR EL RIESGO VASCULAR RESIDUAL DE PACIENTES CON DIABETES

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0445

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA BLASCO LAMARCA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO ORNA JOSE ANTONIO
AGUDO TABUENCA ANA
ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL
BENITO ORMEÑO ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un documento informativo para entregar a los pacientes con insuficiencia suprarrenal en las consultas (dicho documento además de dar información sobre su enfermedad, incluye instrucciones para el manejo de su enfermedad en situaciones de estrés y/o enfermedad concomitante y/o procedimientos invasivos menores).
El documento se ha realizado de forma consensuada por todo el servicio.
Se ha procedido a "colgar" en la carpeta compartida de todos los miembros del servicio de endocrinología el documento informativo.
Dicho documento estaba ya preparado durante el primer trimestre de 2019 por lo que se ha podido entregar a todos los pacientes que han acudido a nuestras consultas durante todo el año.
Además de la entrega del documento, se ha entregado una receta con medicación para utilizar en caso de descompensación aguda de la insuficiencia suprarrenal para evitar que el paciente precisé asistencia sanitaria urgente.
Las enfermeras educadoras de nuestras consultas han sido las encargadas de explicar como debería el paciente o un familiar administrar la medicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha entregado el documento a más de un 90% de los pacientes afectos de insuficiencia suprarrenal crónica que acuden de forma periódica a nuestras consultas (tanto del hospital clínico como de Inocencio Jimenez).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se trata de una actividad que no precisa de recursos adicionales (ni materiales ni de personal) y que responde a una necesidad de nuestros pacientes para resolver dudas sobretodo en casos de patología intercurrente para reducir el número de visitas a urgencias.

7. OBSERVACIONES.
se trata de un proyecto beneficioso para el paciente y el sistema sanitario que se ha podido realizar gracias al esfuerzo de los facultativos (en preparar el documento y explicarlo a los pacientes en las consultas) y de las enfermeras (en el manejo del tratamiento en fase de reagudización).

*** ========== Resumen del proyecto 2019/445 ========== ***

Nº de registro: 0445

Título
ELABORACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

Autores:
BLASCO LAMARCA YOLANDA, GIMENO ORNA JOSE ANTONIO, AGUDO TABUENCA ANA, ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL, BENITO ORMEÑO ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0445

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

PROBLEMA
La hidrocortisona es una hormona esteroidea producida por las suprarrenales, esencial para la vida. Su déficit puede ser debido a insuficiencia suprarrenal primaria (Enf Addison) o secundaria. En ambos casos es imprescindible un correcto reemplazo de forma crónica y en caso de enfermedad o situación de estrés se debería ajustar e incluso modificar la vía de administración.
Probablemente con estas pautas se podría reducir el numero de ingresos y de asistencia a urgencias de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Elaborar un documento informativo para entregar a los pacientes en las consultas.
2. Transmitir la información al paciente por escrito sobre la importancia de su enfermedad y de como actuar en situaciones de emergencia, así como en situaciones de enfermedad o estrés.
3. Reducir el número de ingresos y visitas a urgencias de estos pacientes por desconocer que actuaciones y en que situaciones deben actuar.

MÉTODO
1. Elaborar un documento informativo consensuado por el equipo .
2. Entregar el documento a todos los pacientes afectos de insuficiencia suprarrenal de las consultas de endocrinología y nutrición.
3. Educar al paciente sobre el manejo de las inyecciones de emergencia (lo realizaría el personal de enfermería) y comprobar en cada consulta que el paciente tiene el fármaco en su domicilio y sabe como utilizarlo.

INDICADORES
1. Elaborar el documento informativo.
2. Contabilizar el número total de pacientes con insuficiencia suprarrenal de las consultas de endocrinología y asegurar que al menos el 90% de los pacientes reciban el documento en la consulta y aprendan el manejo de la inyección.

DURACIÓN
Poner a disposición el documento en todas las consultas de endocrinología a partir del 1 de abril del 2019.
Comenzar a entregarlo a los pacientes a partir de esa fecha y realizar la prescripción de la inyección de emergencia y enseñar el manejo.

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 - 2019/0343

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CONENDOCARDITIS (ENDOCARDITIS TEAM)

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELENA MORTE ROMEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMONA AYNAT AMALIO
LACAMBRA BLASCO ISAAC
REVILLA MARTI PABLO
SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD
PEREZ LAZARO CRISTINA
BURILLO FUERTES PILAR
JIMENEZ BARTOLOME BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5.1. Se ha consolidado un equipo multidisciplinar para el abordaje integral de pacientes con endocarditis infecciosa (EI) a partir de los miembros referidos en este proyecto, creando un grupo con comunicación inmediata.

5.2. Se ha fomentado una actitud de sospecha clínica de EI ante determinados síntomas que ha supuesto una mejora en los tiempos y en la calidad del abordaje inicial de estos pacientes, principalmente en los Servicios de Urgencias, Medicina Interna, Neurología y Cardiología (extracción de hemocultivos seriados, retraso del tratamiento antibiótico hasta resultados microbiológicos si estabilidad clínica, consulta con los miembros del PROA, solicitud precoz de ecocardiograma…)

5.3. Se ha actualizado la guía PROA del hospital de tratamiento antibiótico empírico de la EI.

5.4. Se ha adoptado un sistema de registro local (ENDOHCU) que recoge las características basales de estos pacientes (factores de riesgo, morbilidad, cardiopatía), de su enfermedad y evolución (tratamiento, etiología microbiológica, mortalidad…) que nos permite hacer una evaluación retrospectiva de la actividad realizada a través de este equipo y tener un mejor conocimiento de esta entidad.

5.5. Como normas generales, y siempre supeditadas a criterios clínicos y organizativos y al consenso común del grupo, se establecen para la atención del paciente con EI las siguientes recomendaciones:

- Pacientes con sospecha o confirmación diagnóstica de EI serán hospitalizados en planta de Cardiología, Enfermedades Infecciosas (preferentemente si EI sobre válvula protésica y nativa respectivamente) o UCI en función de la gravedad.
- La reunión de evaluación del equipo ha de realizarse el mismo día que se considera la posibilidad de EI. Las reuniones posteriores se concretan según evolución del paciente y necesidad de toma de decisiones.
- La indicación de tratamiento quirúrgico es establecida de forma común por el grupo. El centro de referencia es el Servicio de Cirugía Cardiaca del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza. La comunicación con ellos será a través de la secretaría del Servicio de Cardiología por parte del facultativo responsable del paciente. Determinadas complicaciones anatómicas, sin son rechazadas por el HUMS por alto riesgo quirúrgico, se consensuaría la conveniencia de su valoración por otros centros de referencia nacionales como el Hospital Clínic de Barcelona. Los miembros del grupo PROA serán los responsables de la comunicación con este.

5.6. Se ha fomentado el cumplimiento de la pauta antibiótica (6-8 semanas) de forma ambulatoria a través del Hospital De Día (Planta 13, Servicio de Medicina Interna) en aquellos pacientes que no han presentado complicaciones y que reúnan criterios de alta médica.

5.6. Se ha establecido un árbol de manejo de los pacientes con sospecha de EI y hemocultivos negativos:

La EI con hemocultivos negativos se define como aquella con hemocultivos seriados negativos y ausencia de diagnóstico microbiológico. La causa más frecuente es la toma previa de antibióticos, pudiendo llegar a alcanzar una tasa en algunas series de entre el 2,5 y el 70%. No obstante, si el paciente acaba requiriendo tratamiento quirúrgico, en muchos de estos casos la válvula cardíaca ofrece resultado positivo. Otra posibilidad menos frecuente es que la EI sea debida a microorganismos conocidos como fastidiosos y de lento crecimiento, que requieren unas condiciones especiales de incubación o de diagnóstico, y que generalmente se relacionan con ámbitos epidemiológicos definidos. Debido a la repercusión de la enfermedad (mortalidad, tratamiento prolongado, disfunción valvular cardiaca…) es necesario optimizar al máximo las pruebas microbiológicas disponibles ya que resultados positivos pueden cambiar la actitud terapéutica. Ante sospecha de EI con hemocultivos negativos será necesario:

1. Comprobar verdaderamente la extracción seriada de hemocultivos (al menos 3 sets de venopunciones diferentes) y avisar al servicio de microbiología de la sospecha de endocarditis (extensión 164318). En el apartado de observaciones del volante se indicará “lenta incubación”.
2. Investigación del ámbito epidemiológico del paciente. En función de la información obtenida se solicitarán

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0343

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CONENDOCARDITIS (ENDOCARDITIS TEAM)

las siguientes pruebas al servicio de microbiología de nuestro hospital, pudiendo ser necesario la solicitud de todas ellas si la anamnesis es de baja rentabilidad. Si existen dudas, se puede consultar con la sección de serologías del hospital (Microorganismo: contexto epidemiológico/Determinación/Servicio):

- Brucella spp: Ganado, productos animales no higienizados/Serología/Microbiología HCU
- Coxiella burnetii (Fiebre Q): Ganado, productos animales no higienizados/ Serología/ Microbiología HCU
- Chlamydia pneumoniae: No/ Serología de neumonías atípicas/ Microbiología HCU
- Legionella: Aerosoles de agua contaminada/ Serología de neumonías atípicas, Ag urinario/ Microbiología HCU
- Bartonella spp: Indigencia, infestación por piojos, contacto con gatos/ Serología/ Microbiología HUMS
- Tropheryma whipplei: Ganado, agricultura/ Serología/ Microbiología HUMS

3. Dado el retraso que conlleva la obtención de los resultados de las serologías, se recomienda la solicitud al mismo tiempo de determinaciones moleculares sobre muestra de sangre (PCR de DNA bacteriano). Para ello es necesario contactar con los miembros del PROA (extensión 710535 o 710430) quienes a través de la petición a laboratorio externo solicitarán al Hospital Universitario Gregorio Marañón la realización de PCR Universal 16S sARN, PCR T. whipplei, PCR Bartonella sp, PCR Coxiella burnetti (la muestra consistirá en sangre en tubo con EDTA).

5.7. Se ha definido el papel del PET-TC en el abordaje de pacientes con EI.

La introducción del PET-TC en el abordaje de las EI ha supuesto un avance muy favorable en el diagnóstico y seguimiento de esta entidad. Desde 2015, la presencia de actividad anormal detectada por ??F-FDG PET-TC sobre el lecho de implantación de una válvula cardíaca más allá de los tres meses de la cirugía es criterio mayor diagnóstico de EI, aumentando la sensibilidad de los criterios de Duke habituales hasta un 97%. Las indicaciones para su solicitud son:

- EI valvular protésica posible o rechazada cuando persiste alta sospecha clínica y/o el ecocardiograma transesofágico (ETE) no es concluyente.
- EI con diagnóstico definitivo, para valorar la extensión perivalvular cuando el ETE no es concluyente y evaluar la afectación sistémica (embolismos sépticos). El PET-TC ha demostrado ofrecer una sensibilidad del 100% en la detección de complicaciones a distancia, mucho mayor que cualquier otra técnica de imagen.
- EI sobre tubo valvulado, con objeto de determinar verdadera extensión de la infección.
- En EI sobre dispositivos cardiacos (marcapasos, DAI), ya que el PET-TC puede ayudar a discernir entre infección local (generador/subcutánea) Vs infección intravascular del electrodo o intracardiaca.
- Seguimiento de EI protésica/sobre dispositivos cuando se opte por manejo conservador (determinar duración del tratamiento antibiótico o detección de complicaciones).

Es necesario tener en cuenta las siguientes limitaciones a la hora de su solicitud:

- El PET-TC ofrece menor sensibilidad en el diagnóstico de EI sobre válvula nativa, por lo que su uso de rutina no está recomendado (limitaciones en la resolución espacial y metabólica).
- La captación metabólica cerebral es de forma fisiológica muy elevada, por lo que el PET-TC no es la prueba recomendada para el cribado de embolismos sépticos cerebrales, pudiendo ofrecer falsos negativos.
- Con objeto de reducir el metabolismo miocárdico glucídico presente de forma basal en los sujetos, es necesario realizar una preparación especial en el paciente (ayuno prolongado y dieta previa rica en grasas y baja en hidratos de carbono).
- La antibioterapia prolongada previa a la realización de la prueba, al disminuir la actividad inflamatoria, también puede disminuir de forma significativa la sensibilidad diagnóstica.
- Los pegamentos quirúrgicos utilizados especialmente para el implante de tubos valvulados (como BioGlue) pueden producir una captación falsamente positiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- A través del sistema de comunicación entre los miembros del grupo, se obtiene respuesta inmediata por parte de sus miembros, con convocatoria de reuniones en el mismo día o al día siguiente según prioridad de la decisión y citación precoz de las pruebas.
- Durante el año 2019 se ha realizado la evaluación y el seguimiento de un total de 9 pacientes hospitalizados en nuestro centro por EI (el 21% procedían del Servicio de Medicina Interna, el 31% de Cardiología, 15% de UCI y 26% de Enfermedades Infecciosas). La edad media ha sido de 74.4 años y la estancia media de 44.7 días. La mediana del Euroscore fue de 16. Dos de ellos requirieron traslado urgente a centro de referencia para cirugía cardíaca. La mortalidad global ha ascendido a un 31%.
En todos ellos se extrajeron al menos dos parejas de hemocultivos al ingreso, ofreciendo diagnóstico microbiológico. No hubo ninguna sospecha de EI con hemocultivos negativos.
Las cifras ofrecidas son similares a las que podemos encontrar en otros centros, con una previsión en los próximos años de aumento de los casos de EI, en relación con el mayor número de implantes de dispositivos intracardíacos, mayor comorbilidad y envejecimiento de la población y mayores tasas de manipulaciones endovasculares.
- Se han estandarizado los tiempos de realización de la mayoría de las pruebas necesarias para el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes, con acortamiento de estos (ecocardiograma, body TC, PET-TC).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La creación de este grupo multidisciplinar surge de una necesidad básica de atención a estos pacientes dada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0343

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CONENDOCARDITIS (ENDOCARDITIS TEAM)

la complejidad y gravedad de la EI. Cada uno de ellos supone un elevado consumo de tiempo y recursos por cada una de las especialidades implicadas, además de la repercusión económica (se ha estimado un coste de 15.000€ por paciente y episodio). La complejidad en la toma de decisiones requiere la presencia de un equipo experto, implicado y dinámico.
Con la creación de este grupo, nos acercamos a la tendencia habitual que existe en otros hospitales terciarios de atención a pacientes con EI, habiéndose demostrado una mejor atención y una mayor supervivencia. Consideramos que el trabajo y la actitud que se ha realizado hasta ahora debe mantenerse indefinidamente, pues ofrece al hospital y al paciente un servicio de calidad.

7. OBSERVACIONES.
Queda pendiente de programar una sesión hospitalaria para presentar la información y los resultados que hemos expuesto previamente.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/343 ========== ***

Nº de registro: 0343

Título
CONSOLIDACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENDOCARDITIS (ENDOCARDITIS TEAM)

Autores:
MORTE ROMEA ELENA, CARMONA AYNAT AMALIO, LACAMBRA BLASCO ISAAC, REVILLA MARTI PABLO, SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD, PEREZ LAZARO CRISTINA, BURILLO FUERTES PILAR, JIMENEZ BARTOLOME BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La endocarditis infecciosa (EI) sigue presentando una elevada morbi-mortalidad. A pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento, estos pacientes desarrollan una alta incidencia de complicaciones, principalmente cardiovasculares y neurológicas. La complejidad en su abordaje requiere la atención de un equipo multidisciplinar: especialidades como cardiología, infecciosas, microbiología, medicina interna, radiodiagnóstico, neurología, medicina nuclear, unidad de cuidados intensivos y cirugía cardíaca se ven comprometidas repetidamente en el proceso diagnóstico-terapéutico.

Los motivos por los cuales se requiere una estrategia colaborativa son:

1. Enfoque diagnóstico complejo: la forma de presentación es muy variada, con síntomas y signos de muy diversa índole (fiebre, descompensación de insuficiencia cardiaca, focalidad neurológica, lesiones cutáneas, bacteriemia aislada…) necesitando la visión de varias especialidades y múltiples pruebas diagnósticas (ecocardiograma, TC cerebral, PET-TC…)
2. Tratamiento: Es prioritario un tratamiento antibiótico precoz, muchas veces combinado y complejo por la comorbilidad y situación del paciente, lo que requiere expertos en enfermedades infecciosas. Además, alrededor de la mitad de los pacientes con EI son sometidos a cirugía cardiaca, siendo ésta una decisión difícil que debe ser aprobada juntamente con el equipo quirúrgico.
3. Seguimiento: Muchos pacientes presentan complicaciones durante el tratamiento en forma de insuficiencia valvular o embolismos a distancia siendo necesaria una monitorización conjunta, estrecha y dinámica.

Últimas guías recomiendan la creación de un equipo multidisciplinar para el abordaje integral de EI (endocarditis team). Estrategias similares han demostrado mejor evolución de los pacientes y disminución de la mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Estandarizar el diagnóstico precoz de EI y la estratificación de la gravedad, que posibilite inmediatez en los tiempos de realización de pruebas complementarias (ecocardiograma, TC…), inicio de tratamiento antibiótico y decisión de actitud quirúrgica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0343

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CONENDOCARDITIS (ENDOCARDITIS TEAM)

2. Fomentar el seguimiento multidisciplinar del paciente con endocarditis durante el ingreso con disponibilidad para evaluar posibles complicaciones (insuficiencia valvular, descompensación cardiaca, embolismos cerebrales, toxicidad…) y tomar decisiones de forma dinámica (cambio de tratamiento antibiótico, necesidad de cirugía cardiaca…).
3. Evaluar la atención prestada a pacientes con EI, en comparación con registros nacionales e internacionales.

MÉTODO
o Reuniones periódicas del Equipo de Endocarditis:
? Programadas mensualmente y a demanda si son necesarias.
o Registro local de casos de EI:
? Base de datos: variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, ecocardiográficas y evolutivas.
? Seguimiento del paciente al alta del paciente (1, 3, 6 y 12 meses)
o Definición de los criterios y circuito de derivación de pacientes al centro de referencia de Cirugía Cardíaca
o Protocolización del uso de la microbiología molecular en el diagnóstico de EI con hemocultivos negativos: filtrado de pacientes candidatos y optimización en el proceso toma – derivación de las muestras al centro de referencia.
o Definición del papel del PET-TC en el diagnóstico y seguimiento de EI: protocolización de su uso y optimización de la preparación del paciente.
o Presentación del grupo de trabajo en sesión clínica hospitalaria.

INDICADORES
o Incidencia de EI (comunitaria, nosocomial y relacionada con cuidados sanitarios).
o Estancia hospitalaria.
o Incidencia de complicaciones antes y tras iniciar tratamiento antibiótico adecuado.
o Tasa de cirugía cardiaca.
o Mortalidad hospitalaria y a los 12 meses tras alta. Reingresos a los 6 meses del alta.
o Indicadores de calidad:
? Solicitud de hemocultivos seriados.
? Tiempo de inicio de tratamiento antibiótico adecuado.
? Tiempo en realización de ecocardiograma.
? Tiempo en realización de pruebas complementarias consideradas como necesarias por el equipo.
? Tiempo en derivación/aceptación del paciente a cirugía cardiaca en función de la prioridad del paciente (cirugía urgente, emergente o electiva).

DURACIÓN
o Febrero 2019: contactar con especialistas responsables del proyecto de cada servicio.
o Marzo 2019:
? Creación de base de datos para el registro de EI.
? Desarrollo del protocolo de uso de la microbiología molecular para el diagnóstico de EI con hemocultivos negativos (Enfermedades Infecciosas y Microbiología)
? Desarrollo del protocolo de uso del PET-TC (Medicina Nuclear).
o Abril 2019 – enero 2020:
? Reuniones periódicas.
? Registro de los casos.
o Febrero 2020:
? Evaluación de los datos obtenidos.
? Comparación con registros nacionales.

OBSERVACIONES
o El Equipo de Endocarditis nace de una necesidad básica de atención a estos pacientes, por lo que se mantendrá su continuidad tras la finalización del proyecto.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1316

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS SIERRA MONZON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES MORALES JOSE MARIA
LUQUE GOMEZ PILAR
VICENTE DE VERA CARMINA
VALDRES CARROQUINO PEDRO
SANJOAQUIN CONDE ISABEL
BERNUES BERGUA TERESA
SUÑER GARCIA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha procedido a la revisión clínica de los pacientes ingresados de enero a junio de 2019 con diagnóstico de NAC. En estos pacientes se ha evaluado la solicitud de pruebas diagnósticas microbiológicas y la adecuación de los tratamientos administrados con respecto a las recomendaciones locales de la guía PROA.
En octubre de 2019 la American Thoracic Society y la Infectious Diseases Society of America publicaron nuevas guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la NAC. Teniendo en cuenta estas recomendaciones así como otra literatura científica de actualidad, se han actualizado y publicado en la web del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa las recomendaciones PROA locales de manejo de la NAC.
Hasta la fecha, se han impartido 3 sesiones informativas con estas nuevas recomendaciones: una de ellas en el Servicio de Neumología, otra en el Servicio de Urgencias y la tercera en el Servicio de Enfermedades Infecciosas. El objetivo de las sesiones impartidas es optimizar la solicitud de pruebas diagnósticas microbiológicas y la adecuación a las recomendaciones locales de tratamiento de la NAC.
Finalmente se ha consensuado que de julio a diciembre de 2020 se evaluará si estas nuevas recomendaciones y su divulgación han permitido obtener mejores resultados en cuanto a solicitud de pruebas diagnósticas y tratamiento de la NAC. Para ello la población a estudio serán los pacientes ingresados con diagnóstico de NAC en el periodo de enero a junio de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De la revisión clínica realizada, se ha obtenido que solamente en el 25% de los casos ingresados con diagnóstico de NAC se habían realizado las pruebas microbiológicas recomendadas y que solo en el 55% de los pacientes el tratamiento se adecuaba a las recomendaciones terapeúticas vigentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hasta la fecha se ha desarrollado gran parte del proyecto planteado inicialmente.
Nos gustaría completar las sesiones informativas de los resultados obtenidos en la revisión realizada de los ingresos por NAC y con las nuevas recomendaciones PROA de obtención de test microbiológicos y de tratamiento en los dos servicios implicados en este proyecto (UCI y Medicina Interna) en los que aún no se ha llevado a cabo.
Finalmente, esperamos que con las sesiones informativas el porcentaje de pacientes en los que se realicen los test diagnósticos microbiológicos recomendados y en los que se adecuen a las recomendaciones terapeúticas sea superior.
Para ello el próximo año se llevará a cabo la revisión los casos como se ha explicado en el apartado de actividades realizadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1316 ========== ***

Nº de registro: 1316

Título
IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LACOMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO2019

Autores:
SIERRA MONZON JOSE LUIS, MORALES MORALES JOSE MARIA, BERNUES BERGUA TERESA, LUQUE GOMEZ PILAR, VICENTE DE VERA CARMINA, SUÑER GARCIA SARA, VALDRES CARROQUINO PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1316

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La NAC es una de las principales causas de infección que requieren ingreso hospitalario en el que se ven implicados diversos servicios hospitalarios (Urgencias, Medicina Interna, Neumología, Enfermedades Infecciosas, UCI). El diagnóstico y la instauración de un tratamiento eficaz precoces inciden de manera importante en la morbimortalidad de este cuadro.

El propósito del presente proyecto es evaluar el grado de adherencia a la guía disponible, la adecuación de las recomendaciones a las nuevas guías de práctica clínica y a la realidad microbiológica de nuestro medio así como consensuar con los diferentes servicios implicados en la atención de la NAC de los estándares de calidad a implementar.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Consensuar los estándares de calidad en el manejo de las NAC en función de las guías de práctica clínica vigentes.

2. Evaluar el grado de cumplimiento de los estándares de calidad en una muestra de pacientes con NAC atendidos en el
HCUZ en 2018

3. Identificar las principales oportunidades de mejora y las principales barreras existentes para lograr la mejora de la calidad asistencial

4. Diseñar una intervención multimodal dirigida a contrarrestar las barreras identificadas

5. Implementar la intervención de mejora en los servicios implicados

6. Evaluar el impacto de la intervención de mejora

MÉTODO
1. Revisión de literatura y selección consensuada por todos los servicios implicados de los estándares de calidad del manejo diagnóstico y terapéutico de la NAC

2. Diseño de la hoja de recogida de datos (CDR) y revisión de historias clínicas

3. Informe sobre la calidad del manejo diagnóstico-terapéutico de la NAC en el HCUZ e identificación de las principales barreras

4. Diseño de la intervención de mejora

5. Presentación de los resultados de la actividad y de la intervención de mejora en los cuatro servicios clínicos implicados (Urgencias, Medicina Interna, Neumología y Enfermedades Infecciosas)

6. Implementación de la intervención de mejora en los servicios implicados

INDICADORES
• Informe con los estándares de calidad diagnostico-terapeúticos consensuados para el manejo de la NAC (Sí/No)

• Informe con los resultados de la verificación de los estándares de calidad de manejo de pacientes con NAC (Sí/No)

• Propuesta de actividad de mejora que incluya actividades y cronograma

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1316

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO

• Número de sesiones informativas presentadas (favorable si =3/4)

• Evaluación del impacto de la implementación de la actividad de mejora mediante informe con los resultados de verificación de los estándares de calidad tras la intervención de mejora

DURACIÓN
• Marzo 2019: Revisión de la literatura y selección y consenso de los estándares de calidad del manejo diagnóstico y
terapéutico de la NAC

• Abril 2019: Diseño del CRD y revisión de historias clínicas

• Mayo-junio 2019: Informe sobre la calidad del manejo diagnóstico-terapéutico de la NAC en el HCUZ e identificación
de las principales barreras

• Julio-agosto 2019: Diseño de la intervención de mejora

• Septiembre 2019: Presentación de los resultados de la actividad en los cuatro servicios clínicos implicados (Urgencias, Medicina Interna, Neumología y Enfermedades Infecciosas) e

• Octubre-Diciembre 2019: Implementación de la intervención

• Finales diciembre 2019: Evaluación del impacto 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 - 2019/1316

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS SIERRA MONZON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES MORALES JOSE MARIA
LUQUE GOMEZ PILAR
VICENTE DE VERA CARMINA
VALDRES CARROQUINO PEDRO
SANJOAQUIN CONDE ISABEL
BERNUES BERGUA TERESA
SUÑER GARCIA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha procedido a la revisión clínica de los pacientes ingresados de enero a junio de 2019 con diagnóstico de NAC. En estos pacientes se ha evaluado la solicitud de pruebas diagnósticas microbiológicas y la adecuación de los tratamientos administrados con respecto a las recomendaciones locales de la guía PROA.
En octubre de 2019 la American Thoracic Society y la Infectious Diseases Society of America publicaron nuevas guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la NAC. Teniendo en cuenta estas recomendaciones así como otra literatura científica de actualidad, se han actualizado y publicado en la web del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa las recomendaciones PROA locales de manejo de la NAC.
Hasta la fecha, se han impartido 3 sesiones informativas con estas nuevas recomendaciones: una de ellas en el Servicio de Neumología, otra en el Servicio de Urgencias y la tercera en el Servicio de Enfermedades Infecciosas. El objetivo de las sesiones impartidas es optimizar la solicitud de pruebas diagnósticas microbiológicas y la adecuación a las recomendaciones locales de tratamiento de la NAC.
Finalmente se ha consensuado que de julio a diciembre de 2020 se evaluará si estas nuevas recomendaciones y su divulgación han permitido obtener mejores resultados en cuanto a solicitud de pruebas diagnósticas y tratamiento de la NAC. Para ello la población a estudio serán los pacientes ingresados con diagnóstico de NAC en el periodo de enero a junio de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De la revisión clínica realizada, se ha obtenido que solamente en el 25% de los casos ingresados con diagnóstico de NAC se habían realizado las pruebas microbiológicas recomendadas y que solo en el 55% de los pacientes el tratamiento se adecuaba a las recomendaciones terapeúticas vigentes.

SITUACIÓN OBJETIVA INDICADORES A FECHA ACTUAL (diciembre de 2019) Nombre del Indicador Valor (resultado cuantitativo) del Indicador
Informe con los estándares de calidad diagnostico-terapeúticos consensuados para el manejo de la NAC (Sí/No)
Sí
Informe con los resultados de la verificación de los estándares de calidad de manejo de pacientes con NAC (Sí/No)
Sí
Propuesta de actividad de mejora que incluya actividades y cronograma
Sí
Número de sesiones informativas presentadas (favorable si =3/4)
3

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hasta la fecha se ha desarrollado gran parte del proyecto planteado inicialmente.
Nos gustaría completar las sesiones informativas de los resultados obtenidos en la revisión realizada de los ingresos por NAC y con las nuevas recomendaciones PROA de obtención de test microbiológicos y de tratamiento en los dos servicios implicados en este proyecto (UCI y Medicina Interna) en los que aún no se ha llevado a cabo.
Finalmente, esperamos que con las sesiones informativas el porcentaje de pacientes en los que se realicen los test diagnósticos microbiológicos recomendados y en los que se adecuen a las recomendaciones terapeúticas sea superior.
Para ello el próximo año se llevará a cabo la revisión de los pacientes ingresados con diagnóstico de NAC en el periodo de enero a junio de 2020.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1316 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1316

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO

Nº de registro: 1316

Título
IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LACOMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO2019

Autores:
SIERRA MONZON JOSE LUIS, MORALES MORALES JOSE MARIA, BERNUES BERGUA TERESA, LUQUE GOMEZ PILAR, VICENTE DE VERA CARMINA, SUÑER GARCIA SARA, VALDRES CARROQUINO PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La NAC es una de las principales causas de infección que requieren ingreso hospitalario en el que se ven implicados diversos servicios hospitalarios (Urgencias, Medicina Interna, Neumología, Enfermedades Infecciosas, UCI). El diagnóstico y la instauración de un tratamiento eficaz precoces inciden de manera importante en la morbimortalidad de este cuadro.

El propósito del presente proyecto es evaluar el grado de adherencia a la guía disponible, la adecuación de las recomendaciones a las nuevas guías de práctica clínica y a la realidad microbiológica de nuestro medio así como consensuar con los diferentes servicios implicados en la atención de la NAC de los estándares de calidad a implementar.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Consensuar los estándares de calidad en el manejo de las NAC en función de las guías de práctica clínica vigentes.

2. Evaluar el grado de cumplimiento de los estándares de calidad en una muestra de pacientes con NAC atendidos en el
HCUZ en 2018

3. Identificar las principales oportunidades de mejora y las principales barreras existentes para lograr la mejora de la calidad asistencial

4. Diseñar una intervención multimodal dirigida a contrarrestar las barreras identificadas

5. Implementar la intervención de mejora en los servicios implicados

6. Evaluar el impacto de la intervención de mejora

MÉTODO
1. Revisión de literatura y selección consensuada por todos los servicios implicados de los estándares de calidad del manejo diagnóstico y terapéutico de la NAC

2. Diseño de la hoja de recogida de datos (CDR) y revisión de historias clínicas

3. Informe sobre la calidad del manejo diagnóstico-terapéutico de la NAC en el HCUZ e identificación de las principales barreras

4. Diseño de la intervención de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1316

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO

5. Presentación de los resultados de la actividad y de la intervención de mejora en los cuatro servicios clínicos implicados (Urgencias, Medicina Interna, Neumología y Enfermedades Infecciosas)

6. Implementación de la intervención de mejora en los servicios implicados

INDICADORES
• Informe con los estándares de calidad diagnostico-terapeúticos consensuados para el manejo de la NAC (Sí/No)

• Informe con los resultados de la verificación de los estándares de calidad de manejo de pacientes con NAC (Sí/No)

• Propuesta de actividad de mejora que incluya actividades y cronograma

• Número de sesiones informativas presentadas (favorable si =3/4)

• Evaluación del impacto de la implementación de la actividad de mejora mediante informe con los resultados de verificación de los estándares de calidad tras la intervención de mejora

DURACIÓN
• Marzo 2019: Revisión de la literatura y selección y consenso de los estándares de calidad del manejo diagnóstico y
terapéutico de la NAC

• Abril 2019: Diseño del CRD y revisión de historias clínicas

• Mayo-junio 2019: Informe sobre la calidad del manejo diagnóstico-terapéutico de la NAC en el HCUZ e identificación
de las principales barreras

• Julio-agosto 2019: Diseño de la intervención de mejora

• Septiembre 2019: Presentación de los resultados de la actividad en los cuatro servicios clínicos implicados (Urgencias, Medicina Interna, Neumología y Enfermedades Infecciosas) e

• Octubre-Diciembre 2019: Implementación de la intervención

• Finales diciembre 2019: Evaluación del impacto 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 - 2019/1456

1. TÍTULO

CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ISABEL SANJOAQUIN CONDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRUSELLS CANALES MARIA JOSE
AMIGUET GARCIA JUAN ANTONIO
LETONA CARBAJO SANTIAGO
BENITO RUESCA RAFAEL
GIL TOMAS JOAQUINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con la colaboración del Instituto de salñud Global (ISGlobal) se ha elaborado un proyecto con el objetivo de detectar y tratar los casos de Enfermedadde Chagas en nuestra ciudad. Al inicio del proyesto se focalizo la atención en la población procedente de Bolivia, país con la incidencia más alta de Latinoamérica. El objetivo del año 2019 ha sido ampliar el diagnostico a las personas procedentes de cualquier país de America Latina.
Para mejorar la difusión en el Sector Sanitario III de la existencia desde abril de 2018 de una Consulta de Enfermedad de Chagas en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
se ha incorporarado un telefono movil para facilitar la derivación a la consulta, por parte de los Médicos de Atención Primaria y de los propios pacientes.
hemos contado con el apoyo de ISGlobal y la Asociación Raíces Andinas de Zaragoza que han informado a sus integrantes y familiares de la existencia de esta consulta . La Facultad de Farmacia de la Universidad San Jorge de Huesca también ha colaborado
con la realización de carteles y trípticos informativos destinados a las Asociaciones de inmigrantes.
Se ha realizado cribaje de 795 pacientes. Realización de Historia clinica y epidemiologica y cribaje serologico en los sueros de los niños se realizo PCR.
En los resultados positivos se ha realizado tratamiento y seguimiento en Consultas externas.

7.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha obtenido un resultado serologico positivo en 36 muestras (4,5%) de 16 pacientes, 5 varones y 11 mujeres. Los paises de origen fueron Bolivia (9), El Salvador (2), Nicaragua (2) y España (3) estos ultimos hijos de madre nicaragüense y boliviana. En el caso de los recien nacidos negativizaron los anticuerpos antes de los diez meses de vida, descartandose infección.
En los 13 pacientes adultos, se instauro tratamiento y se realizó seguimiento en la Consulta de Enfermedades Infecciosas.
Los pacientes bolivianos pertenecian a la Asociación Raices Andinas de Zaragoza, grupo muy sensibilizado con esta patologia y que contribuyen muy activamente con campañas informativas entre sus miembros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El cribado de la Enfermedad de Chagas en la población Sudamericana, resulta eficaz y sencillo. Su diagnostico precoz y consiguiente tratamiento puede evitar complicaciónes importantes a largo plazo, por lo que consideramos se deberia implementar como screening a nivel de Atencion Primaria y/o especializada en la población procedente de America Latina.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1456 ========== ***

Nº de registro: 1456

Título
CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON. (II)

Autores:
SANJOAQUIN CONDE ISABEL, CRUSELLS CANALES MARIA JOSE, AMIGUET GARCIA JUAN ANTONIO, LETONA CARBAJO SANTIAGO, BENITO RUESCA RAFAEL, GIL TOMAS JOAQUINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1456

1. TÍTULO

CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON

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

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

PROBLEMA
La enfermedad de Chagas es endémica en 21 países de América Latina sin embargo en el último siglo, los movimientos migratorios y la tendencia creciente a viajar a países tropicales ha permitido su presencia en otros continentes como Europa.
Se estima que hay 8 millones de personas infectadas en todo el mundo, la mayor parte residentes en América Latina. Más de 10.000 individuos mueren cada año a causa de las manifestaciones clínicas de la enfermedad y más de 25 millones de personas corren el riesgo de infectarse.
La enfermedad de Chagas es clínicamente curable si el tratamiento se inicia en una etapa temprana, por lo tanto es esencial el acceso universal a un diagnóstico y a un tratamiento rápidos. Los test serológicos son las medidas de control más importantes
Según un informe del Instituto de Salud Global (ISGlobal) España está situada a la cabeza de la lucha contra la enfermedad de Chagas con estrategias que incluyen sensibilización pública, clínica, investigación y cooperación. Las campañas de sensibilización y educación sanitaria, han facilitado el acceso y la atención médica de la población con antecedentes epidemiológicos.
Según los datos publicados en el censo, Aragón tiene una población de 1.308.750 habitantes, 133.237 personas (10%) son inmigrantes, y de ellos 23.846 individuos proceden de América Latina. En Zaragoza residen 19.698 latinoamericanos, 322 vinieron de Bolivia, 1217 de Brasil, 664 de Argentina, 992 de Honduras, 232 de Paraguay, 362 de El Salvador, 317 de Chile, 2987 de Colombia, 3597 de Ecuador y 757 de Venezuela. Por datos de prevalencia en sus países de origen, en Zaragoza podrían padecer la enfermedad unas 300 personas.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la colaboración de ISGlobal elaboramos un proyecto con el objetivo de detectar y tratar los casos de Enfermedad de Chagas en nuestra ciudad. Comenzamos focalizando la atención en la población procedente de Bolivia, país con la incidencia más alta de Latinoamérica.
El objetivo de este año, es ampliar el diagnostico a las personas procedentes de cualquier país de America Latina.

MÉTODO
6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Difundir en el Sector Sanitario III la existencia desde abril de 2018 de una Consulta de Enfermedad de Chagas en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
Este año se incorporara un telefono movil para facilitar la derivación a la consulta, por parte de los Médicos de Atención Primaria y de los propios pacientes.
Contamos con el apoyo de ISGlobal y la Asociación Raíces Andinas de Zaragoza que informará a sus integrantes y familiares de la existencia de esta consulta . La Facultad de Farmacia de la Universidad San Jorge de Huesca también ofrece su colaboración para realizar carteles sensibilizadores y trípticos informativos destinados a las Asociaciones de inmigrantes.

INDICADORES
7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Volumen de pacientes derivados /mes.

- Procedencia de la derivación.

- Número de diagnósticos positivos (con test de confirmación).

- Número de pacientes que empiezan tratamiento.

- Recogida y análisis de posibles efectos adversos del tratamiento

- Pacientes con complicaciones cardíacas, digestivas o neurológicas detectadas

DURACIÓN
8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Se continuara durante todo el año 2019, la Consulta iniciada en el 2018, con las ampliaciones ya comentadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1456

1. TÍTULO

CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON

en cuanto a país de origen.
Analisis de resultados Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0042

1. TÍTULO

OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE ANTIBIOTICOS EN UCI

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ BONAGA SERRANO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OBON AZUARA BLANCA
DIAZ MELE MARIA CARMEN
MILLAN TARATIEL PAULA
VELILLA SORIANO CARMEN
FUERTES SCHOTT CAROLINA
PASCUAL BIELSA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han seleccionado los antibióticos (AB) (principios activos) empleados en nuestro entorno.

Se han revisado todos los datos de los principios activos referentes a volúmenes mínimos de dilución, vías de administración, reconstitución, diluyentes compatibles y tiempos de infusión según la ficha técnica de la AEMPS.

Han tenido lugar distintas reuniones con Enfermería para valorar la comprensión de las instrucciones necesarias para una correcta administración de los AB.

Gracias a estas reuniones se han detectado y subsanado las posibles fuentes de error.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
nº de AB prescritos conforme a las instrucciones descritas en el programa informático/ Número total de AB prescritos= 97% (estándar propuesto 95%)

Número de instrucciones comprendidas/ número total de instrucciones= 100% (estándar propuesto 99%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
6.-CONCLUSIONES Y ACTIVIDADES PENDIENTES:
Se ha logrado estandarizar el volumen de dilución, la reconstitución, los diluyentes compatibles y los tiempos de infusión de los AB.

Se cuenta la implicación de Enfermería, fundamental para la implementación del programa, así como para la detección de probables errores de comprensión.

Se ha mejorado la eficacia y seguridad de la administración de los medicamentos intravenosos.

Se han Incorporado las instrucciones en el programa informático propio de la UCI

7. OBSERVACIONES.
En la actualidad queda pendiente la impresión de un cartel informativo con las instrucciones de los antibióticos clasificados por orden alfabético (principio activo y en paréntesis, nombre comercial en el hospital) en los cuatro controles de enfermería. Cartel ya realizado. Pendiente de trámites para su impresión en el hospital.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/42 ========== ***

Nº de registro: 0042

Título
OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE ANTIBIOTICOS EN UCI

Autores:
OBON AZUARA BLANCA, BONAGA SERRANO BEATRIZ, DIAZ MELE MARIA CARMEN, MILLAN TARATIEL PAULA, VELILLA SORIANO CARMEN, FUERTES SCHOTT CAROLINA, PASCUAL BIELSA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0042

1. TÍTULO

OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE ANTIBIOTICOS EN UCI

Otro Tipo Patología: Todas las enfermedades infecciosas
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico resulta esencial para el buen funcionamiento del organismo, especialmente en el ámbito de los pacientes críticos, donde la restricción de fluidos es una medida terapéutica muy extendida.

Los pacientes ingresados en UCI pueden beneficiarse de la administración de fármacos parenterales en el menor volumen posible, sobre todo teniendo en cuenta que a menudo requieren un gran número de fármacos por vía intravenosa, y a altas dosis.

Por todo ello, y dado que la antibioterapia es uno de los tratamientos de empleo frecuente en la UCI, y que cuando se prescribe es por indicación indiscutible, parece útil buscar una estrategia de optimización de la administración de los antibióticos parenterales.

RESULTADOS ESPERADOS
-Optimizar la administración de los antibióticos (AB) administrados vía parenteral.
-Estandarizar el volumen de dilución, la reconstitución, los diluyentes compatibles y los tiempos de infusión.
-Evitar errores en la administración de AB.
-Facilitar la dinámica de trabajo .
-Mejorar la calidad asistencial.
-Incrementar la eficacia y seguridad de la administración de los medicamentos intravenosos.

MÉTODO
•Selección de los antibióticos (principios activos) empleados en nuestro entorno.
•Revisión de los datos referentes a volúmenes mínimos de dilución, vías de administración, reconstitución, diluyentes compatibles y tiempos de infusión según la ficha técnica de la AEMPS.
•Establecimiento de varias reuniones con Enfermería para valorar la comprensión de las instrucciones necesarias para una correcta administración de los AB
•Corrección de las posibles fuentes de error.
•Incorporar las instrucciones en el programa informático propio de la UCI, para lograr la administración adecuada

INDICADORES
INDICADORES
1) Número de AB prescritos conforme a las instrucciones descritas en el programa informático/ Número total de AB prescritos=95%
Excepcionalmente es posible que existan situaciones que no sigan las instrucciones.

2) Número de instrucciones comprendidas/ número total de instrucciones=99%
Medición realizada en las reuniones que tengan lugar con Enfermería. En la última reunión se comprobará que la totalidad de las instrucciones resulta comprensible y fácil de llevar a cabo.

EVALUACION Y SEGUIMIENTO
Monitorización: la incorporación en el programa informático propio de la UCI como “ayuda” a la administración a la hora de prescribir los fármacos, garantizará la descripción de la administración adecuada del mismo.

El programa culmina con la inclusión de las instrucciones en el programa mencionado. Esto será de utilidad para garantizar una prescripción y preparación óptimas.

DURACIÓN
Fecha de inicio: 1 febrero 2019
Fecha de finalización: 30 junio 2019

Febrero- Marzo: Selección de los AB y revisión de la ficha técnica.
Abril: Reuniones periódicas con Enfermería
Mayo: Corrección de las posibles fuentes de error.
Junio: Incorporación de las instrucciones al programa informático.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0042

1. TÍTULO

OPTIMIZACION LA ADMINISTRACION PARENTERAL DE ANTIBIOTICOS 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 - 2019/0807

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE LOS ANTIMICROBIANOS DE ALTO VALOR ESTRATEGICO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES ARENERE MENDOZA
· Profesión .... FARMACEUTICO/A
· Centro .... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad .... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector .... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALINDO ALLUE MARIA
CAMPOS MONTELLANO FRANCISCO JAVIER
GRACIA PIQUER RAQUEL
SALVADOR GOMEZ TRANSITO
SERAL GARCIA CRISTINA
PAÑO PARDO JOSE RAMON
DIAZ MELE MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los antimicrobianos de alto valor estratégico determinados por el grupo del PRograma de Optimización de Antimicrobianos (PROA) del hospital han sido los siguientes:

- Ceftarolina
- Ceftazidima-avibactam
- Ceftolozano-tazobactam
- Dalbavancina
- Isavuconazol

Se ha realizado una reunión dentro del Servicio de Farmacia con los integrantes del equipo para informar de las condiciones de dispensación y registro de los antibióticos de alto valor estratégico conforme a las resoluciones del grupo asesor del Comité de Evaluación de Medicamentos de Aragón en atención Especializada (CEMAE).
Se han colgado en la intranet del hospital, en el apartado de farmacia los formularios que desde la CEMAE se han ido elaborando para su solicitud.
Se han registrado las condiciones de dispensación: servicios peticionarios, y las características clínicas de los pacientes y de los microorganismos tratados.
Se han calculado los consumos de estos tratamientos en ddd/100 estancias comparándolos con el grupo de antibióticos y antifúngicos en cada caso.
Actividades pendientes: no se ha realizado el seguimiento final de las solicitudes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se muestra la evolución del consumo de los antimicrobianos de alto valor estratégico desde el comienzo de su uso en el hospital Clínico Lozano Blesa. Durante el 2019 el consumo del total de antibióticos de alto valor estratégico ha supuesto 0.82 ddd/100 estancias, 1.21% del total del consumo de antibióticos (en la tabla se desglosa el consumo por principio activo), por lo que el consumo de este grupo de antibióticos ha sido mínimo. En el caso del isavuconazol, se han consumido 0.55 ddd/100 estancias que ha supuesto un 10.57 % del total de antifúngicos. Este antifúgico se ha prescrito en 5 de las 6 ocasiones (83.3%) en condiciones diferentes a las autorizadas en la ficha técnica, previa autorización por la subcomisión de fuera de indicación. La dalbavancina en todos los casos se ha utilizado en condiciones diferentes autorizadas en ficha técnica previa autorización de la subcomisión de fuera de indicación.

2015 2016 2017 2018 2019
ddd/100 est %* ddd/100 est %* ddd/100 est %* ddd/100 est %* ddd/100 est %*
CEFTAROLINA 0,07 0,11% 0,29 0,46% 0,13 0,19% 0,23 0,33% 0,16 0,24%
CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM 0,06 0,08% 0,21 0,31%
CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM 0,05 0,07% 0,14 0,22% 0,23 0,34% 0,25 0,36% 0,44 0,65%
DALBAVANCINA 0,00 0,01% 0,01 0,02% 0,01 0,01%
J01 68,40 63,50 67,30 68,60 67,80
ISAVUCONAZOL 0,55 10,57%
J02 5,20
* %porcentaje con respecto al total de ddd%100 estancias del grupo de antibióticos o antifúngicos

ANTIMICROBIANO DE ALTO VALOR ESTRATÉGICO Nº PACIENTES DDD/100 ESTANCIAS 2019 SERVICIOS RESPONSABLES ASESORAMIENTO PROA LOCALIZACIÓN INFECCIÓN TTO DIRIGIDO MICROORGANISMO PROCEDIMIENTOS DE SOLICITUD FUERA DE INDICACIÓN
CEFTAROLINA 6 0,16 2 UCI MÉDICA 1 UCI QUIRÚRGICA 1 INFECCIOSAS 1 CARDIOLOGÍA 1 MEDICINA INTERNA 5/6 (83,3%) 3 BACTERIEMIAS 3 ENDOCARDITIS SI 5 SARM 1 S.EPIDERMIDIS IMPRESO ANTIBIÓTICO PROTEGIDO
CEFTOLOZANO-TAZOBACTAM 11 0,44 6 UCI QUIRÚRGICA 1 UCI MÉDICA 1 TRAUMATOLOGÍA 1 NEUROCIRUGÍA 1 NEUMOLOGÍA 1 MEDICINA INTERNA 9/11 (81,8%) 5 NEUMONÍA 2 OTROS 1 OSTEOARTICULAR 2 ABDOMINAL 1 NO FOCO SI 9 Ps. Aeruginosa 2 Empíricos IMPRESO ANTIBIÓTICO PROTEGIDO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0807

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE LOS ANTIMICROBIANOS DE ALTO VALOR ESTRATEGICO

CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 4 0,21 1 DIGESTIVO 1 NEUROCIRUGÍA 1 TRAUMATOLOGÍA 1 CIR. VASCULAR
3/4 (75%) 2 NEUMONIA 1 ABDOMINAL 1 OSTEOARTICULAR si 3 Ps. Aeruginosa 1 K.
pneumoniae IMPRESO ANTIBIÓTICO PROTEGIDO
DALBAVANCINA 4 0,01 2 TRAUMATOLOGÍA 1 INFECCIOSAS 1 MED. INTERNA 4/4 (100%) 2
BACTeRIEMIA 2 OSTEOARTICULAR si 1 S.. Warneri 1 SASM 1 SARM 1 Clostridium difficile IMPRESO
ANTIBIÓTICO PROTEGIDO 4/4 (100%)
ISAVUCONAZOL 6 0,55 5 HEMATOLOGÍA 1 UCI Q 1/6 (16,7%)
PROFILAXIS IMPRESO ANTIBIÓTICO PROTEGIDO 5/6 (83,3%)
TOTAL 31 1,37

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La monitorización de los antimicrobianos de alto valor estratégico permite conocer el grado de utilización de los mismos, así como la adecuación de la prescripción a las recomendaciones del PROA y CEMAE. El grupo de antibióticos de alto valor estratégico se ha empleado en un porcentaje muy pequeño en el hospital Clínico Lozano Blesa y casi siempre con el asesoramiento del equipo PROA. En el caso de los antifúngicos, el isavuconazol ha irrumpido en 2019 en el arsenal terapéutico consumiéndose un 10.57% del total de antifúngicos, en este caso el asesoramiento del tratamiento por el PROA del hospital no se ha realizado, sin embargo, como se ha realizado un uso en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, ha habido un control por Dirección Médica del hospital a través de la subcomisión de fuera de indicación.
El seguimiento final de estos tratamientos sería el punto que queda por tener dentro del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Ha habído un par de cambios en los componentes del equipo con respecto al proyecto inicial enviado. Los cambios han sido los siguientes: Oihana Pascual Martínez dejó de trabajar en el Servicio de Farmacia en abril y en su lugar entró María Galindo Allúe que es la persona que ha participado activamente en el proyecto. El otro cambio realizado ha sido Juan José Martínez Resino que se encargaba de la parte de seguimiento que no se ha realizado y ha participado Francisco Javier Campos Montellano que ha participado en la recogida de casos.
El apartado de resultados se insertan dos tablas para facilitar la comprensión de los datos, pero la herramienta no permite añadirlo de otra forma, se ha añadido un texto explicativo, pero no sé si se entienden bien los datos. En tal caso, contactar con el responsable del proyecto para facilitar en otro formato los resultados.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/807 ========== ***

Nº de registro: 0807

Título
MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE LOS ANTIMICROBIANOS DE ALTO VALOR ESTRATEGICO

Autores:
ARENERE MENDOZA MERCEDES, PASCUAL MARTINEZ OIHANA, GRACIA PIQUER RAQUEL, SALVADOR GOMEZ TRANSITO, SERAL GARCIA CRISTINA, PAÑO PARDO JOSE RAMON, MARTINEZ RESINO JUAN JOSE, DIAZ MELE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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
En 2018 se forma un grupo asesor de expertos para la Comisión de Evaluación de Medicamentos y Productos Sanitarios de Atención Especializada de Aragón (CEMAE) en el campo de los antimicrobianos, regulado por el artículo 11, punto 6 de la ORDEN SAN/1112/2017 del 20 de julio. Este grupo de expertos forma parte del programa IRASPROA y cuenta con la participación de microbiólogos, farmacéuticos y expertos en enfermedades infecciosas.
Entre los objetivos de este grupo están realizar la evaluación y posicionamiento de los antimicrobianos (AM) teniendo en cuenta los aspectos clásicos de: eficacia, seguridad, conveniencia y coste, pero a diferencia del resto de fármacos, también se tendrán en cuenta aspectos de epidemiología de la resistencia a los antibióticos, que pueden variar entre centros.
Hasta la fecha se han evaluado los siguientes AM: ceftarolina, ceftazidima-avibactam, ceftolozano-tazobactam, dalbavancina e isavuconazol. Todos ellos se han incluido en la guía farmacoterapéutica de los hospitales de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0807

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE LOS ANTIMICROBIANOS DE ALTO VALOR ESTRATEGICO

Aragón, pero con condiciones restringidas de uso que cada centro deberá adaptar a su ecología particular.
La restricción de uso va encaminada a proteger el valor estratégico de estos AM evitando un uso indiscriminado que pueda generar resistencias y de esta forma agotar las opciones de tratamiento en infecciones complicadas con microorganismos multirresistentes que tengan limitadas las opciones terapéuticas.
La prescripción de estos AM de alto valor estratégico se hace a través de unos impresos específicos donde figuran los datos administrativos y clínicos del paciente, de la infección y de la evolución. Además, el facultativo firma una hoja de compromiso para la optimización del uso del AM protegido y también de información de evolución del paciente.
Debido a las múltiples combinaciones posibles de resistencia a los antibióticos y foco infeccioso, puede ocurrir que un antibiótico sea la mejor opción posible para una indicación para la que no está aprobado, suponiendo el retraso en su administración un factor pronóstico negativo. En estos casos está habilitada la vía de solicitud en indicaciones diferentes a las autorizadas y que el centro gestiona a través de la Subcomisión de Fuera de Indicación dependiente de la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Según establece el RD 1015/2009, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.
La monitorización y control de uso de los AM es una actividad de importancia para saber el uso que se está realizando de los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del presente proyecto es monitorizar la utilización de los AM de alto valor estratégico.
La población diana serán los pacientes hospitalizados candidatos al tratamiento con estos AM, que bien por fracaso del tratamiento previo o por el perfil de eficacia más favorable que las anteriores alternativas o toxicidad-interacciones, sean susceptibles de la utilización de éstos, previa comprobación por el servicio de microbiología de su sensibilidad.
Se suele tratar de pacientes hospitalizados en la UCI y de pacientes ingresados en las plantas de hospitalización con infecciones de difícil manejo en las que suele colaborar el Servicio de Infecciosas bien por interconsulta, bien porque detecten que son pacientes candidatos en la revisión de tratamientos diario de bacteriemias.

MÉTODO
Se realizará una reunión dentro del Servicio de Farmacia con los integrantes del equipo para informar de las condiciones de dispensación y registro de los antibióticos de alto valor estratégico conforme a las resoluciones que emite el grupo asesor CEMAE.
Se realizará una base de datos de registro de los tratamientos AM en donde constarán los campos que contempla la prescripción y el uso en indicación o diferente. Datos administrativos del paciente, clínicos (comorbilidades y datos de la infección), duración del tratamiento y de evolución.
Se realizará una reunión coordinación-personal administrativo de farmacia para diseñar el envío de solicitud de seguimiento de los tratamientos.

INDICADORES
Disponibilidad de los informes CEMAE-IRASPROA e impreso de prescripción en la intranet del hospital (SI/NO)
Elaboración de la base de datos de registro de los AM de alto valor estratégico (SI/NO).
Elaboración de un informe anual de los AM de alto valor estratégico prescritos. (SI/NO).
% de respuesta en los informes de seguimiento = informes de seguimiento respondidos/ informes de seguimiento solicitados*100. Estándar 100%

DURACIÓN
En marzo se realizará una reunión interna de los farmacéuticos explicando el proyecto, se revisará que en la intranet estén colgados todos los impresos de prescripción y condiciones de dispensación y se cerrará el circuito de seguimiento con el personal administrativo.
En abril se comenzará la recogida de datos correspondientes a las prescripciones de AM de alto valor estratégico y en diciembre se realizará el informe anual de se finalizará el 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 - 2019/0837

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DISPENSACION MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS DEL H CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA AL C.SANITARIO EJEA MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GIMENO GRACIA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO
FRUTOS PEREZ-SURIO ABERTO
APESTEGUIA EL BUSTO ALBERTO
GRACIA PIQUER RAQUEL
VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL
CASTELLANOS SASTRE JORGE
LONGAS GASPAR ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Firma de contrato con Alcura, empresa que dispone del software desde donde se gestiona este servicio a Ejea (pacientes, medicación, programación de envios, firma de recibís del paciente, seguimiento de transporte con registros de temperaturas durante el envío de medicación, etc,..)
Reuniones previas a la puesta en marcha con el personal de Ejea para organizar los circuitos.
Entre marzo y abril 2019 se inició el reclutamiento de pacientes candidatos al proyecto.
Su puesta en marcha se hizo en el mes de mayo con 4 pacientes, a partir de entonces se ha ido aumentando el número de pacientes incluidos, en diciembre había 64 pacientes incluidos, de los cuales se realizó teleconsulta a 60 pacientes y envío de medicación a 41 pacientes.
Una semana antes del envío el farmacéutico se pone en contacto con el paciente (telefónicamente o por correo electrónico), se anula envío o se confirma en la plataforma de Alcura (unidades, lote y caducidad), trazabilidad del transporte con temperaturas, entrega en el C.Sanitario Ejea (martes) y los pacientes acuden a los dos días (jueves) a recoger su tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-TOTAL PACIENTES en el programa
-Pacientes en TELECONSULTA
-Pacientes a los que se les ENVÍA medicación
-% errores de envío
-% pacs que no responden a teleconsulta y no se programa envío
-% pacs no recoge medicación el día acordado
En el mismo orden del arriba indicado, están los datos mensuales

MAYO	4	4	4	1Tª	0	0	
JUNIO	11	11	9	0	0	1(11,11%)	
JULIO	23	23	18	0	0	1(5,55%)	
AGOSTO	31	31	24	2(8,33%)	0	3(12,5%)	
SEPTIEMBR	48	43	30	0	0	3(10%)	
OCTUBRE	51	47	41	0	1	5(12,2%)	
NOVIEMBRE	57	54	41	3(7,32%)	0	0	
DICIEMBRE	64	60	45	1(2,22%)	0	0	

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto se ha convertido en una actividad más del servicio, está siendo una mejora en la disponibilidad del medicamento para los pacientes, sin pérdida de su seguimiento farmacéutico. Esto supone un incremento de trabajo para el Servicio de Farmacia de HCULB así como para el C.Sanitario de Ejea. Quedaría pendiente una encuesta de satisfacción a los pacientes.
Para continuar con esta actividad y la sostenibilidad del proyecto, hay que seguir contratando el servicio de la plataforma de gestión de la actividad .
La plataforma utilizada ha hecho mejoras desde su puesta en marcha, aunque hay aspectos mejorables en los que seguiremos trabajando, a pesar de no poder integrarse con los programas utilizados en la actualidad por el Servicio de Farmacia (Farmatools)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/837 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0837

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DISPENSACION MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS DEL H CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA AL C.SANITARIO EJEA MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Nº de registro: 0837

Título
PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DISPENSACION MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS DEL H.CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA AL C.SANITARIO EJEA MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Autores:
GIMENO GRACIA MERCEDES, PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO, FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO, APESTEGUIA EL BUSTO ALBERTO, GRACIA PIQUER RAQUEL, VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL, CASTELLANOS SASTRE JORGE, LONGAS GASPAR ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Tratamientos crónicos estables
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Este proyecto es continuación del proyecto del año 2018. El año pasado se revisó qué tipo de pacientes se podían incluir en este circuito del área de influencia de Ejea de los Caballeros. Se realizó el procedimiento del circuito para la prescripción- dispensación -distribución y Atención farmacéutica a los pacientes seleccionados (introducción- normativa- objetivo- alcance-criterios de inclusión / exclusión, pasos del procedimiento- coordinación con personal del Centro Sanitario Cinco Villas de Ejea), así como documentos para información al paciente y firma de inclusión en el proyecto y condiciones.
Se mantuvieron reuniones con la Dirección de los centros implicados (HCULB y Centro Sanitario Cinco Villas) para aprobación de propuesta.
La empresa contratada actualmente por el Sector Sanitario Zaragoza III o Servicio Aragonés de Salud, no cumplía los requisitos de transporte para esta nueva actividad.
Se diseñó el proyecto, y la implementación y puesta en funcionamiento se realizará en el presente año 2019.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es el envío de medicación y teleconsulta farmacéutica a pacientes seleccionados del entorno de Ejea en el periodo que discurra entre las consultas médicas.
Los pacientes a los que va dirigido serán aquellos adherentes y con tratamiento estable.

MÉTODO
Inclusión de pacientes en el proyecto, con su acuerdo para dispensación programada mensual al Centro Sanitario de Ejea.
Una semana antes del envío, el farmacéutico se pondrá en contacto con el paciente para realizar la teleconsulta y proceder al envío.
Se programarán los envíos una vez al mes, que se entregan el mismo día que se dispensen desde HCULB, los dos días siguientes a la entrega de medicación al Centro Sanitario de Ejea el paciente (o persona autorizada) procederá a su recogida

Toda la actividad de programación de pacientes, aviso semana anterior, confirmación de envío (medicamentos, unidades, lote y caducidad), trazabilidad del transporte, entrega en Centro Sanitario de Ejea y dispensación a paciente, se llevará a cabo con software de Alcura.

INDICADORES
% errores de envío (transporte y/o programación) <20%
% pacientes no responden a teleconsulta y no se programa envío <20%
% pacientes (o persona autorizada) no recogen la medicación en los días acordados <20%

DURACIÓN
Inclusión primeros pacientes: abril-junio 2019
Programación primeros envíos: mayo- octubre 2019
Primeros resultados: diciembre 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0837

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DISPENSACION MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS DEL H CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA AL C.SANITARIO EJEA MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

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 - 2019/0411

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL FLUJO DE TRABAJO DE DOSIMETRIA CLINICA SIN FICHA EN PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE FISICA

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO GARCIA ROMERO
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANELLAS ANOZ MIGUEL
ORTEGA PARDINA PABLO
DIEZ CHAMARRO JAVIER
FERRER GONZALEZ LUISA
ALONSO ECHARRI MADDALEN
CASTEJON ANDRES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A partir del verano de 2018 se ha introducido un nuevo sistema de planificación, registro, verificación y gestión de pacientes en radioterapia dentro de la unidad de radioterapia de Aragón en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Dicho sistema se denomina ARIA y permite la gestión del flujo de trabajo de pacientes de manera digital y sin papeles, a través de lo que denominan “Vías clínicas” dentro del sistema. Dichas vías clínicas están compuestas por una serie de actividades cuya finalización queda registrada, habilitándose secuencialmente las actividades posteriores. En particular, dentro del servicio de Física del Hospital Clínico de Zaragoza y para los dos sistemas de planificación existentes (Eclipse (integrado en ARIA) y PCRT), se ha diseñado un flujo de trabajo que permite la gestión digital de todo el proceso de dosimetría clínica. Igualmente, el estado de cada ficha o plan puede ser consultado digitalmente por los miembros del servicio con lo que no es necesario mantener la rotación habitual de la ficha en papel para que todo el mundo sepa en qué estado se encuentra cada dosimetría.
La realización inicial de las dosimetrías está a cargo de los técnicos y residentes del servicio, siendo los físicos adjuntos quienes realizan la revisión inicial y final del plan. En medio el control es devuelto al oncólogo radioterápico quien debe aceptar o rechazar el plan propuesto. Por último, la dosimetría es revisada y verificada en máquina si procede (casos complejos de intensidad modulada). Una vez completados todos los pasos la ficha se la lleva físicamente el médico, la aprueba y la entrega al gestor de las unidades de tratamiento para su citación en máquina. Todos estos procesos a la luz de lo expuesto ya no requieren el transporte físico de la ficha y poco a poco pueden ser automatizados a través de las vías clínicas de ARIA.
Se establecieron para su seguimiento a partir de Enero de 2019 las vías clínicas para cada tipo de planificación:
Vía Clínica TRUE BEAM (aceleradores lineales TB1 y TB2)
Vía Clínica ONCOR (acelerador Oncor de siemens)
Una vía clínica es una sucesión de tareas concatenadas en serie y/o en paralelo que se van ejecutando de manera secuencial. A través de la lista de tareas (para Física en el ejemplo) se puede saber cuáles están pendientes, disponibles, en curso, o finalizadas. Hay que focalizarse en aquellas disponibles o en curso que son las que están o deben estar en ese momento en manos de alguien del servicio dentro del proceso, a modo de baldas virtuales de trabajo en marcha. Existen filtros para acotar fecha, tipo de tarea y prioridad.
De un vistazo es fácil comprobar cuántas y cuáles son las tareas disponibles, además de cuánto tiempo ha pasado o falta desde o hasta que estaban previstas. En cuanto alguien ejecuta una tarea desde el UserHome pasa a ser el propietario de la misma y se establece “en curso”. Es posible además incorporar listas de comprobación de obligado cumplimiento que no dejan concluir la actividad si no se completan. Se pueden además adjuntar notas a cada tarea que pueden ver los siguientes usuarios.
Todas las actividades quedan registradas y se pueden elaborar informes que recojan la actividad del servicio, y que permiten elaborar indicadores como la demora en el proceso de planificación de tratamientos para la cual ya existe un cuadro de mandos elaborado como compromiso de los acuerdos de gestión 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las ventajas de pasar a flujo sin papeles son:
- Visualización clara de la situación en la que se encuentra un paciente.
- Estandarización de las notas y modificaciones de un plan a través de la utilidad de notas
- Paso a lista de comprobación digital para aquellas actividades que lo requieran. Las listas de comprobación son muy útiles para no olvidar acciones o verificaciones importantes sobre los planes, y establecen barreras que pueden ser útiles en la detección de errores.
- Organización de las tareas del servicio en lo referente a dosimetría clínica en radioterapia mediante un vistazo rápido y sencillo al “user home”, donde se visualiza qué está pendiente, cuando vence y a qué pacientes afecta.

Para que el sistema funcione es imprescindible que los usuarios completen las actividades cuando las realizan e indiquen en las notas las particularidades de cada plan.

El paso a flujo sin papeles en dosimetría clínica en radioterapia se ha realizado en un periodo de seis meses, primer semestre de 2019, correspondiendo el segundo semestre de 2019 a la consolidación del sistema. Actualmente en papel solo sale del servicio de física la hoja de posicionamiento de Oncor, imprescindible en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0411

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL FLUJO DE TRABAJO DE DOSIMETRIA CLINICA SIN FICHA EN PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE FISICA

máquina. La ficha en papel se mantiene fuera de nuestro servicio hasta su desaparición sincronizada con la digitalización del flujo para el resto de actividades de radioterapia, proceso que ya está en marcha.
Durante el proceso, en el año 2019, se perdieron (equivalente a que alguien externo al servicio de física tuvo que recordar que había pendiente un plan), cinco planes de un total de 1073 preparados lo que supone un muy bien resultado teniendo en cuenta que todo el sistema es de nueva implantación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El flujo de trabajo se simplifica y se hace mucho más automático. Cada empleado en la estación de trabajo controla en cada momento la situación de cada plan y puede adjuntar notas e indicar finalización o curso de determinada tarea. La vía clínica está enlazada y no se puede completar la actividad siguiente hasta que el responsable de la anterior no la ha concluido. Se pueden ver actividades que estarán disponibles en el futuro lo que permite una mejor planificación del trabajo. Conjuntamente con la parte de vía clínica que corresponde a radioterapia, a efectos de estadística y control de flujo todo el proceso supone una mejora efectiva de la eficiencia del proceso radioterápico.
Es importante una recopilación exhaustiva de las incidencias del proceso para poder reforzar los errores que se encuentren con barreras eficientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/411 ========== ***

Nº de registro: 0411

Título
IMPLEMENTACION DEL FLUJO DE TRABAJO DE DOSIMETRIA CLINICA SIN FICHA EN PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE FISICA

Autores:
GARCIA ROMERO ALEJANDRO, CANELLAS ANOZ MIGUEL, ORTEGA PARDINA PABLO, DIEZ CHAMARRO JAVIER, FERRER GONZALEZ LUISA, ALONSO ECHARRI MADDALEN, CASTEJON ANDRES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: Actividad del servicio

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

PROBLEMA
A partir del verano de 2018 se ha introducido un nuevo sistema de planificación, registro, verificación y gestión de pacientes en radioterapia dentro de la unidad de radioterapia de Aragón en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Dicho sistema se denomina ARIA y permite la gestión del flujo de trabajo de pacientes de manera digital y sin papeles, a través de lo que denominan “Vías clínicas” dentro del sistema. Dichas vías clínicas están compuestas por una serie de actividades cuya finalización queda registrada, habilitándose secuencialmente las actividades posteriores. En particular, dentro del servicio de Física del Hospital Clínico de Zaragoza y para los dos sistemas de planificación existentes (Eclipse (integrado en ARIA) y PCRT), se ha diseñado un flujo de trabajo que permite la gestión digital de todo el proceso de dosimetría clínica. Igualmente, el estado de cada ficha o plan puede ser consultado digitalmente por los miembros del servicio con lo que no es necesario mantener la rotación habitual de la ficha en papel para que todo el mundo sepa en qué estado se encuentra cada dosimetría.
La realización inicial de las dosimetrías está a cargo de los técnicos y residentes del servicio, siendo los físicos adjuntos quienes realizan la revisión inicial y final del plan. En medio el control es devuelto al oncólogo radioterápico quien debe aceptar o rechazar el plan propuesto. Por último, la dosimetría es revisada y verificada en máquina si procede (casos complejos de intensidad modulada). Una vez completados todos los pasos la ficha se la lleva físicamente el médico, la aprueba y la entrega al gestor de las unidades de tratamiento para su citación en máquina. Todos estos procesos a la luz de lo expuesto ya no requieren el transporte físico de la ficha y poco a poco pueden ser automatizados a través de las vías clínicas de ARIA.
Las ventajas de pasar a flujo sin papeles son:
- Visualización clara de la situación en la que se encuentra un paciente.
- Estandarización de las notas y modificaciones de un plan a través de la utilidad de notas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0411

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL FLUJO DE TRABAJO DE DOSIMETRIA CLINICA SIN FICHA EN PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE FISICA

- Paso a lista de comprobación digital para aquellas actividades que lo requieran. Las listas de comprobación son muy útiles para no olvidar acciones o verificaciones importantes sobre los planes.
- Organización de las tareas del servicio en lo referente a dosimetría clínica en radioterapia mediante un vistazo rápido y sencillo al “user home”, donde se visualiza qué está pendiente, cuando vence y a qué pacientes afecta.

Para que el sistema funcione es imprescindible que los usuarios completen las actividades cuando las realizan.

RESULTADOS ESPERADOS
Paso a flujo sin papeles en dosimetría clínica en radioterapia, proceso con codificación interna, en un periodo de seis meses. Las fichas físicas sólo entrarán en Física y pasarán de una balda de entrada a una balda de salida, hasta su desaparición sincronizada con la digitalización del flujo para el resto de actividades de radioterapia.

MÉTODO
El flujo de trabajo se simplifica y se hace mucho más automático. Cada empleado en la estación de trabajo controla en cada momento la situación de cada plan y puede adjuntar notas e indicar finalización o curso de determinada tarea. La vía clínica está enlazada y no se puede completar la actividad siguiente hasta que el responsable de la anterior no la ha concluido. Se pueden ver actividades que estarán disponibles en el futuro lo que permite una mejor planificación del trabajo. Conjuntamente con la parte de vía clínica que corresponde a radioterapia, a efectos de estadística y control de flujo todo el proceso supone una mejora efectiva de la eficiencia del proceso radioterápico.
El seguimiento del proyecto se realizará a través de reuniones trimestrales conjuntas del equipo de mejora, si bien el contacto diario en la planificación es tan directo que día a día se actualiza el estado real. Las reuniones se llevarán a cabo en la sala de reuniones del servicio de física del hospital clínico.

INDICADORES
Posible indicador: porcentaje de fichas perdidas en el flujo, idealmente ninguna, pero se sabe que pueden existir posibles fallas en el sistema.

DURACIÓN
Fecha inicio: Enero/19 Fecha final: Diciembre/19

Cronograma:
Enero: Implementación de los flujos para fichas de TrueBeam y ONCOR, ambos son distintos, con sus correspondientes listas de comprobación.
Febrero-Junio: Convivencia del nuevo sistema con la ficha en papel, para permitir la adaptación del personal al nuevo sistema. Se estima que estamos hablando de unas 400 planificaciones.
Junio-Diciembre: Funcionamiento del sistema a pleno rendimiento, elaboración de estadísticas y resultados y recogida de indicadores.

OBSERVACIONES
Importante distribuir a todo el personal que trabaja en la dosimetría clínica de pacientes de radioterapia.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0223

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 25/12/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA GAVIN SEBASTIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOBON REBOLLO MANUELA
TORRES RAMON IRENE
PIMENTEL FELICIANO ANA
PALOMERA BERNAL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El paciente oncologico que requiere tratamiento anticoagulante es un paciente complejo con alto riesgo trombótico y
alto riesgo hemorrágico. A su situación oncológica (enfermedad compleja), se añade el tratamiento de la misma(quimioterapia y/o radioterapia y/o cirugia) así como su situación anticoagulante por sus antecedentes personales
como por la aparicion del evento trombótico tan relacionada con su enfermedad oncologica. Esta situación altamente compleja y díficil en ocasiones de llevar a cabo hace que este tipo de paciente tenga que ser valorado de forma multidisciplinar para optar por la mejor terapia anticoagulante y/o antitromboótica
Con la implantación del proyecto de mejora se han derivado desde marzo 2019 a diciembre 2019 ; 20 pacientes desde el servicio de oncologia para valoracion y tratamiento anticoagulante; se han derivado 16 pacientes que tomaban previamente anticoagulantes para optimizar su tratamiento de cara a la quimioterapia realizando en el 100 % de los pacientes paso a ACOD.
Se han valorado 18 pacientes ambularorios para profilaxis de ETEV en pacientes de alto riesgo trombotico instaurando en 6 de ellos profilaxis ambulatoria
Se han reevaluado a 32 pacientes en cuanto a la duracion del tratamiento anticoagulante

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
86 pacientes han sido valorados, estudiados y reevaluados en la consulta de Hemostasia, optimizando su tratamiento anticoagulante en ocasiones con ACOD y en otras con HBPM;
1. Un total de 86 pacientes derivados desde el servicio de oncologia
2. Pacientes cambiados de AVK a ACOD, 16 PACIENTES
3. Pacientes cambiados de AVK a HBPM, 66 pacientes
4. Pacientes que no se ha realizado cambio de AVK 8 pacientes
5. Pacientes que se ha realizado intervencion sobre el tratamiento antiagregante, 6 pacientes
6. Dos pacientes han presentado hemorragia que ha requerido ingreso hospitalario (hemorragia digestiva), y que ha precisado cese de la profilaxis antitrombotica
7. No eventos tromboticos recogidos hasta la actualidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La experiencia de una consulta dirigida al paciente oncologico ha supuesto una mejora en parte de su tratamiento evitando eventos tromboticos, minimizando los riesgos hemorragicos y limitando el tratamiento antitrombotico para evitar mas comorbilidad asociada a este paciente de elevada complejidad

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/223 ========== ***

Nº de registro: 0223

Título
OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Autores:
GAVIN SEBASTIAN OLGA, DOBON REBOLLO MANUELA, TORRES RAMON IRENE, PIMENTEL FELICIANO ANA, PALOMERA BERNAL LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Tratamientos antitrombóticos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0223

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

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

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

PROBLEMA
El paciente oncologico que requiere tratamiento anticoagulante es un paciente complejo con alto riesgo trombótico y alto riesgo hemorrágico. A su situación onocológica (enfermedad compleja), se añade el tratamiento de la misma (quimioterapia y/o radioterapia y/o cirugia) así como su situación anticoagulante por sus antecedentes personales como por la aparicion del evento trombótico tan relacionada con su enfermedad oncologica. Esta situación altamente compleja y díficil en ocasiones de llevar a cabo hace que este tipo de paciente tenga que ser valorado de forma multidisciplinar para optar por la mejor terapia anticoagulante y/o antitromboótica

RESULTADOS ESPERADOS
1. Valoración del paciente oncológico que requiera tratamiento anticoagulante
2. Valoración de la indicacion del tratamiento anticoagulante
3. Valoración de profilaxis ambulatoria del paciente oncológico
4. Valoración del tiempo y duración del tratamiento anticoagulante

MÉTODO
1. Derivar desde el Servico de Oncologia a los paciente oncologicos que requieran tratamiento anticoagulante para su valoración y optimización del tratamiento en relación a su patología de base

INDICADORES
1. Número de pacientes derivados desde el servicio de oncologia para valoración tratamiento anticoagulante
2. Numero de pacientes que se han cambiado de AVK a ACOD
3. Número de pacientes que se han cambiado de AVK a HBPM
4. Número de pacientes que no se ha realizado cambio de AVK
5. Número de pacientes que se ha realizado intervención sobre el tratamiento antiagregante
6. Seguridad del tratamiento antitrombótico prescrito (hemorragias)
7. Eficacia del tratamiento antitrombótico prescrito (ictus, embolia sistémica, ETEV)

DURACIÓN
Marzo 2019-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 - 2019/0360

1. TÍTULO

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MANUELA DOBON REBOLLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAVIN SEBASTIAN OLGA
GRACIA RODRIGUEZ MARIA ANGELES
FERRANDO QUINTIN MARIA ISABEL
PALOMERA BERNAL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Puesta en marcha en Junio de 2016 de los cursos de Formación en Autocontrol en la Sección de Hemostasia del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa destinados a pacientes en tratamiento anticoagulante con AVK (antivitamina K) a largo plazo pertenecientes al Sector III.
- Valoración de la indicación para ser incluídos en el programa de Autocontrol de las solicitudes procedentes del Médico de Atención Primaria/FEA del Sector III siguiendo los criterios consensuados por el Grupo de Trabajo en Autocontrol del Salud.
- Desde junio-2016 a diciembre-2019 se han impartido 23 Cursos de Formación en Autocontrol a cargo del FEA Hematología y Hemoterapia y de personal de Enfermería de la Sección de Hemostasia (docencia teórico-práctica).
- Se ha realizado el seguimiento periódico del paciente en Consulta de Enfermería/FEA de la Sección de Hemostasia de nuestro centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- De las 110 solicitudes recibidas cumplían criterio para ser incluídos en el Programa de Autocontrol 105 (95.5%). En las 5 solicitudes restantes (4.5%) los pacientes estaban diagnosticados de ACXFA pudiéndose suspender el tratamiento con AVK e iniciar anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) no siendo necesaria su inclusión en el Programa de Autocontrol.
- De las 105 solicitudes aceptadas, 6 pacientes (5.7%) rechazaron realizar curso de Autocontrol y 99 pacientes (94.3%) aceptaron.
- Tras la realización del curso de Formación finalmente entraron en Programa de Autocontrol 87 pacientes (87.9% de los que realizaron el curso de formación)con una edad media de 52.7 años (mínimo 13, máximo 83 años)
- Los diagnósticos de los pacientes incluidos en Programa de Autocontrol han sido: 39 (44.8%) portadores de prótesis valvular mecánica, 26 (29.9%) enfermedad tromboembólica venosa, 5 (5.7%) SAF (Síndrome antifosfolípido), 9 (10.3%) ACXFA sin criterios para paso a ACODS y 8 pacientes (9.1%) miscelánea.
- Se ha realizado seguimiento de los pacientes en Consulta para resolución de dudas e incidencias, disponiendo a su vez de contacto telefónico directo con nuestra Unidad para resolución de cuestiones que puedan surgir. Periódicamente se realiza: comparativa INR capilar y venoso, revisión cartilla autocontrol así como valoración clínica del paciente.
- No se han descrito complicaciones trombóticas ni hemorrágicas mayores en los pacientes incluídos.
- El grado de satisfacción personal/familiar de los pacientes en Programa de Autocontrol es elevado, existiendo una mejora en la calidad de vida con un control estrecho del tratamiento anticoagulante.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos y la dinámica de trabajo llevada a cabo en la Sección de Hemostasia de nuestro centro avalan el buen funcionamiento del Programa de Autocontrol, no existiendo demora en la inclusión del paciente en los cursos de formación.

Dada la complejidad clínica de la mayoría de los pacientes candidatos a ser controlados mediante Autocontrol consideramos necesario realizar su formación y seguimiento en nuestro centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/360 ========== ***

Nº de registro: 0360

Título
EVALUACION DEL PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III

Autores:
DOBON REBOLLO MANUELA, GAVIN SEBASTIAN OLGA, GRACIA RODRIGUEZ MARIA ANGELES, FERRANDO QUINTIN MARIA ISABEL,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0360

1. TÍTULO

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III

PALOMERA BERNAL LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes en tratamiento crónico con AVK
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Una herramienta potencial y de eficacia comprobada para mejorar el manejo de la anticoagulación en pacientes anticoagulados a largo plazo con fármacos antivitamina K (AVK) es la posibilidad de autocontrol mediante el uso de un coagulómetro portátil en domiciliio por parte de pacientes o sus familiares. La Sección de Coagulación del Servicio de Hematología y Hemoterapia del HCU Lozano Blesa en colaboración con el Grupo de Trabajo en Autocontrol del Salud comenzó a impartir formación en Autocontrol en Junio-2016 siguiendo los criterios consensuados por dicho grupo de trabajo. Pretendemos analizar los resultados obtenidos y establecer el protocolo de seguimiento de dichos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Analizar los resultados del Programa de Autocontrol desde su inicio hasta diciembre 2019:
- Valorar en las solicitudes recibidas si el paciente cumple criterios de inclusión en Programa de Autocontrol
- Valorar la posibilidad de cambio del tratamiento anticoagulante con AVK a anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) en pacientes en los que estos últimos estén indicados.
- Incluir en el Programa de Autocontrol a todo paciente del Sector III que requiera anticoagulación a largo plazo con AVK y cumpla los criterios establecidos por el Grupo de Trabajo de Autocontrol del Salud.
- Realizar seguimiento periódico del cumplimiento terapéutico en Consulta de Enfermería de la Unidad de Hemostasia de HCU y/o hematólogo.
- Valorar nº de episodios trombóticos y hemorrágicos en los pacientes en Programa de Autocontrol.
- Valorar nº incidencias en el aprendizaje punción capilar/manejo de dosis
- Valorar el grado de satisfacción personal/familiar
- Valorar la posibilidad de seguimiento ambulatorio del paciente estable

MÉTODO
- Remitir desde el Médico de Atención Primaria/FEA del Sector III la solicitud de inclusión en Programa de Autocontrol del paciente en tratamiento anticoagulante con AVK a largo plazo
- Incluir en Programa de Autocontrol a los pacientes seleccionados, realizando Curso de Formación 1-2 veces/mes a cargo del FEA Hematologia y Hemoterapia y de personal de Enfermería de la Sección de Hemostasia.
-Realizar seguimiento periódico del paciente en Consulta de Enfermería de Atención Especializada/Atención Primaria

INDICADORES
- Número de pacientes en tratamiento anticoagulante oral con AVK incluídos en Programa de Autocontrol
- Número de pacientes incluidos portadores de prótesis valvular mecánica y tromboembolismo venoso en tratamiento anticoagulante a largo plazo
- Número de pacientes no candidatos a ser incluidos en Programa de Autocontrol y susceptibles de cambiar su tratamiento anticoagulante a ACODS
- Número de complicaciones trombóticas y hemorrágicas en pacientes incluidos.
- Número de pacientes estables derivables para su seguimiento a Atención Primaria

DURACIÓN
Marzo-2019-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 - 2019/0360

1. TÍTULO

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS DEL SECTOR III

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1337

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO MORENO CHULILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE LOPEZ MARTA
BONAFONTE ARRUGA ELENA
LANAU ARILLA MARIA PILAR
SERAL GARCIA BEGOÑA BELEN
GONZALVO LIARTE MARIA CARMEN
BURILLO FUERTES PILAR
VALLE GUILLEN SOFIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas durante este periodo se detallan a conticuación.
1. Se realizó una Auditoria Interna del servicio donde se detectaron desviaciones de la Norma, y se procedió a corregir dichas desviaciones:
• La desviación más importante detectada se refirió a la mala identificación del paciente a transfundir en la unidad de cuidados intensivos, al guardar la pulsera en la historia clínica del paciente en vez de estar colocada en la muñeca.
Se procedió a realizar una modificación del protocolo estableciendo la obligatoriedad de colocar la pulsera en todos los pacientes excepto aquellos con imposibilidad absoluta, a los que se les adheriría en una zona adecuada.
1. Formación y puesta en marcha de la comprobación de grupo en cabecera en aquellos servicios de alto consumo de hemoderivados y que todavía no lo realizaban (Hematología, Oncología, Digestivo, Urología y Traumatología). Con esto queda implantada la comprobación en cabecera en prácticamente todo el HCU Lozano Blesa (más del 90% de los pacientes transfundidos en nuestro hospital quedan controlados por la comprobación de grupo en cabecera).
2. Se ha realizado una Sesión Hospitalaria para todo el personal médico del HCU sobre Seguridad Transfusional.
3. Se han realizado sesiones formativas continuadas para el personal técnico del Servicio de Transfusiones, así como para el personal de enfermería de las unidades clínicas dirigidas tanto a la actualización de protocolos como a formación en seguridad transfusional.
4. Durante el primer semestre de 2019 se realizó la Revisión por la Dirección del Sistema de Calidad del Servicio de Transfusiones, estableciéndose los Objetivos del año, además de realizar una revisión y aceptación de toda la documentación.
5. En el mes de julio se llevo a cabo la Auditoria Externa por la Entidad de Certificación CAT y se establecieron un total de 2 “No Conformidades” y 2 Recomendaciones, resueltas y puestas en práctica en breve espacio de tiempo y concediendo el Certificado de Calidad CAT con fecha de septiembre de 2019.

Toda la actividad ha sido realizada por la Comisión de Transfusiones y el Servicio de Transfusiuones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El numero de hemocomponentes desechados totales por Caducidad + Desecho, ha sido de 232 hemocomponentes de los 10064 recibidos desde el BSTA, suponiendo un 2,3%. Los hemoderivados caducados han supuesto un 1,76% y los desechados un 0,53%. Dichos datos confirman una adecuada gestión de los recursos hematerápicos y conseguir que el desecho total anual se situé por debajo del 2% se considera óptimo para nuestro centro. Estos resultados son debidos a la implicación de todo el Servicio de Transfusiones y de las unidades clínicas en la política de gestión de hemoderivados.
2. Durante el presente año se han obtenido un 100% de resultados correctos en el Control de Calidad de Inmunohematología Avanzado de la SETS (Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular).
3. Durante el año 2019 se han realizado un 63,67% de Escrutinios frente a un 36,33% de Pruebas cruzadas completas. Importante parámetro que condiciona un mejor manejo de los stocks de hemoderivados y contribuye a una minimización de caducidades.
4. Se ha conseguido durante los últimos años una mejora importante de la cumplimentación de los documentos relacionados con solicitud y trazabilidad de la transfusión y en este último año se han cumplimentado correctamente mas del 98% de las solicitudes.
5. A pesar del incremento de notificaciones al sistema de hemovigilancia, no se ha llegado a 34/10000. Quizás este sea uno de los puntos a tener en cuenta para la mejora de calidad de la transfusión en nuestro hospital y plantear una acción de mejora.
6. Obtención de la Certificación CAT por parte del HCU Lozano Blesa en Septiembre de 2019 como objetivo fundamental
En el momento actual prácticamente el 100% de las Unidades Clinicas de más consumo de hemoderivados han implantado la comprobación de grupo en cabecera, haciendo mucho mas improbable la transfusión de componentes ABO incompatibles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la consecución de la Certificación de calidad de mas alta exigencia den lo referente a la Medicina

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1337

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA

Transfusional, podemos sentirnos orgullosos en el HCU Lozano Blesa y nos sirve de plataforma para continuar incrementando la Calidad de dicho tratamiento en nuestro centro. Este incremento de la Calidad contribuye a una mayor seguridad en la atención a nuestros pacientes y a conseguir una atención médica del máximo nivel.
Esto no es mas que el punto inicial de un OBJETIVO superior para alcanzar la posibilidad de que en nuestro centro se puedan desarrollar terapias del mas alto nivel de complejidad en lo referente a Trasplante Hematopoyético, Terapia Celular y Terapia con CART-T, para lo cual deberíamos poder obtener una Certificación de Calidad de la Unidad de Aféresis terapéutica. Este será el próximo objetivo de nuestro Servicio de Transfusiones (Obtención Certificación CAT de la Unidad de Aféresis Terapéuticas).
Como punto a mejorar queda la comunicación de los efectos adversos graves de la transfusión, para lo cual se plantea una acción formativa a llevar a cabo en todos los servicios por parte de los miembros de la Comisión de Transfusiones

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1337 ========== ***

Nº de registro: 1337

Título
CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA

Autores:
MORENO CHULILLA JOSE ANTONIO, VICENTE LOPEZ MARTA, BONAFONTE ARRUGA ELENA, LANAU ARILLA MARIA PILAR, SERAL GARCIA BEGOÑA BELEN, GONZALVO LIARTE MARIA CARMEN, BURILLO FUERTES PILAR, VALLE GUILLEN SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El proceso de transfusión clínica es La transfusión de la unidad de sangre adecuada al paciente correcto en el momento oportuno, en las condiciones idóneas y de acuerdo con guías apropiadas.

Una cadena de acontecimientos integrados que comienza con la decisión de que un paciente realmente necesita sangre y finaliza con una evaluación del resultado clínico de la transfusión. Su objetivo es conseguir un uso adecuado de la sangre: el uso seguro, clínicamente eficaz y eficiente de la sangre humana donada.
Seguro: sin reacciones adversas ni infecciones.
Clínicamente eficaz: beneficia al paciente.
Eficiente: sin transfusiones innecesarias, la transfusión se realiza cuando el paciente la necesita.

El proceso transfusional implica a una cadena de profesionales que comienza con la indicación de la transfusión, continúa con la comunicación al paciente y la obtención del consentimiento informado, la realización de las pruebas cruzadas (transporte de muestras y de las unidades preparadas) y la administración en la unidad clínica correspondiente, así como la valoración de la eficacia y de los posibles efectos adversos.

Aún tratándose una terapia utilizada frecuentemente no está exenta de riesgos, así que la adecuada indicación y la correcta gestión en cada una de las fases permitirá minimizar los riesgos inherentes a la terapia transfusional.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar mejoras en la calidad del proceso de transfusión clínica, que se define del modo siguiente: La transfusión de la unidad de sangre adecuada al paciente correcto en el momento oportuno, en las condiciones idóneas y de acuerdo con guías apropiadas.
- Reducir el número de hemocomponentes desechados a < 2%.
- Reducir la desviación de los resultados obtenidos en el control de calidad externo con el fin de mejorar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1337

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA

la precisión de los parámetros procesados y alcanzar más del 98% de corrección.
• Incrementar a más del 50% de escrutinios para reducir el número de hemocomponentes con prueba cruzada mayor para reducir stocks de hemocomponentes reservados.
• Mejorar la cumplimentación de la solicitud de hemocomponentes para alcanzar una corrección de solicitud transfusional a > 90%.
• Alcanzar la media nacional de notificaciones de incidentes transfusionales (34/10000 transfusiones) realizando formación en hemovigilancia durante el próximo periodo.
• Optimizar el uso de plasma y conseguir un índice de transfusión de plasma superior al 91% para no tener acumulación de hemoderivado y minimizar caducidades.
• Minimizar el número de concentrados de hematíes caducados a menos del 2%.

Para la consecución de los objetivos se trabajará en todas las transfusiones, implicando a servicios médicos y quirúrgicos en las diferentes partes del proceso que les afecten, siendo el Servicio de Transfusiones y la Comisión de Transfusiones los responsables del impulso de las acciones previstas.

MÉTODO
1.- Llevar a cabo las actividades conducentes a la Certificación CAT del Servicio de Transfusiones del Hospital.
- Corregir las desviaciones detectadas en la Auditoría Interna.
- Revisión por la Dirección del Sistema de Calidad del Servicio de Transfusiones.
- Solicitar la Auditoría Externa por CAT para la consecución de la Certificación.
- Medir los indicadores con la periodicidad acordada y valorar su adecuación, o implantar medidas correctoras.

2.- Realizar la comprobación del grupo sanguíneo en cabecera de paciente en los servicios de Urgencias, UCI, anestesia, hematología, oncología y neonatología. Requerirá la formación del personal de enfermería de las unidades para su realización.

3.- Consensuar con los servicios quirúrgicos y anestesia la reserva prequirúrgica por procedimiento quirúrgicos programados. A través de la Comisión de Transfusiones, miembros de los servicios quirúrgicos, se elaborará el listado de procedimientos y las unidades que requieren

4.- Medidas conducentes a la evitación de la hemorragia en la cirugía ortopédica: ácido tranexámico. La Comisión de Transfusiones, con los miembros del Servicio de Traumatología, llevarán a cabo las acciones para su implantación.

INDICADORES
Nº DE CH DESECHADOS <1%
UNIDADES DE PFC DESECHADAS <3%
UNIDADES DE PLAQUETAS DESECHADAS <1%
Nº CH CADUCADOS <2%
Nº PLAQUETAS CADUCADAS <6%
Nº PEDIDOS URGENTES BSTA < 20%
Nº DE COMPONENTES TRANSFUNDIDOS Disminución 5% anual
ÍNDICE TRANSFUSIONAL < 2
Nº CONTROLES DE CALIDAD EXTERNOS CORRECTOS > 95%
UNIDADES CON CIERRE TRANSFUSIONAL CORRECTO >90%
Nº DE INCIDENTES NOTIFICADOS > 35

DURACIÓN
Las actividades se desarrollarán a lo largo del año 2019, iniciándose en el mes de 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 - 2019/0657

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS Y COMPLICACIONES EN LOS ACCESOS VASCULARES DE LOS ENFERMOS RENALES CRONICOS EN TTº CON HEMODIALISIS EN LA UNIDAD DEL HCU LOZANO BLESA Y CME I. JIMENEZ

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LAURA CALLIZO PEQUERUL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMODIALISIS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ENTONADO MORENO SARA BELEN
BENITO ORMEÑO ADOLFO
PEREZ VALLE RAQUEL
ALVAREZ SANTAFE BEATRIZ
ARROYO ESPALLARGAS VIRGINIA
AZNAR BUIL BLANCA
PALACIO GAVIN GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la primera reunión del grupo de trabajo, mantenida para mediados de Mayo, acordamos crear dos registros en papel para los accesos vasculares, uno para los catéteres venosos centrales y otro para las fístulas arterio-venosas. En ellos incluimos unas tablas que muestran los parámetros más importantes para la monitorización de los accesos vasculares, las incidencias más frecuentes y un apartado de observaciones.

En el registro del CATÉTER incluimos: el tipo de catéter (tunelizado/no tunelizado) posición de las líneas (posicional, invertidas o bajo flujo), si hay signos de infección (orificio, túnel, bacteriemia), si hay signos de infección del orificio (enrojecido/secreción), el tratamiento para dicha infección, complicaciones (aumento/disminución de recirculación, KT/Ktv, presión arterial y/o venosa), el tipo de sellado del CVC, si hemos usado Uroquinasa (durante la sesión o en el sellado).

En el registro la fistula arterio-venosa (FAVI), incluimos: tipo de Favi (radial/codo/ingerto), el tipo de aguja que usamos (15G, 16G, unipunción), la dirección de canalización de la aguja (a favor, en contra del flujo), complicaciones (aumento/disminución de la presión arterial/venosa, aumento de la recirculación, disminución del KT/Ktv), tiempo de coagulación tras la retirada de las agujas, tipo de hemostasia (mecánica, manual o mixta).

También creamos un registro en imagen, con dos brazos, derecho/izquierdo, para marcar la dirección y zonas de punción de los pacientes portadores de FAVIs.

Comenzamos a presentar el proyecto a todo el personal de la unidad para iniciar en el mes de septiembre. Decidimos llevarlo a cabo en papel ya que nos parecía más cómodo y visual para el personal tanto de la unidad del HCU como del Inocencio Jiménez.

Desde la empresa encargada en el programa informático, activó el acceso a los apartados propios de los accesos vasculares. Esto es lo que más está costando que el personal registre, pero como seguimos manteniendo el registro en papel podemos comparar datos y guardarlos posteriormente en una tabla de Excel, que estamos usando ya, para ver evolución, paciente por paciente, de su acceso vascular y las incidencias/modificaciones que hay en él, los datos los revisamos y actualizamos cada dos meses.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realizamos una encuesta a todo el personal de enfermería de la unidad de diálisis del HCU para valorar el grado de satisfacción con respecto a los registros creados, la encuesta consta de 5 preguntas:

En cuanto a las hojas de registro de accesos vasculares, ¿le parece intuitivo y fácil de responder?

¿Considera que es un registro útil para consultar en el trabajo diario?

¿Usas las hojas de registro vascular y las rellenas a diario?

¿Cree que tras la incorporación de las hojas de registro de AV hay mejor seguimiento de dichos accesos?

¿Piensas que al introducir las hojas de los accesos mejoraremos el control y prevención de posibles complicaciones?

La encuesta fue respondida por un total de 28 personas. Los resultados han sido muy positivos, ya que al 100% de los encuestados les parecía el registro fácil e intuitivo. El 96,43% lo considera un registro útil para consultar en su trabajo a diario. Es usado a diario por el 85,71% de los encuestados, el 92,86% cree que hay un mejor seguimiento de los accesos tras la incorporación de los registros. Y el 96,43% piensa que al introducir las hojas de registro mejoraremos el control y prevención de posibles complicaciones. Con estos datos podemos decir que el personal de enfermería colabora tanto al rellenarlo a diario, como para su uso terapéutico en sesiones posteriores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0657

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS Y COMPLICACIONES EN LOS ACCESOS VASCULARES DE LOS ENFERMOS RENALES CRONICOS EN TTº CON HEMODIALISIS EN LA UNIDAD DEL HCU LOZANO BLESA Y CME I. JIMENEZ

Desde el grupo de mejora trabajamos en una tabla de Excel, en la que recogemos los datos y vigilamos la evolución de los accesos de los pacientes de la unidad de diálisis del Inocencio Jiménez y los del HCU, registrando: nombre del paciente, tipo de acceso vascular, posición de las líneas/dirección punción, si signos de infección, incidencias, media de QB, media recirculación, media kt/ktv, media presión venosa y arterial y sellado del CVC. Estos parámetros los vamos actualizando cada dos meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos formado un buen equipo muy fluido y con muy buena comunicación, en el que cada uno iba aportando sus conocimientos y propuestas, hemos obtenido buenos resultados con la creación de un registro imprescindible para la monitorización de los accesos vasculares en los pacientes en hemodiálisis y muy útil para futuros estudios relacionados con dichos accesos. Nos queda pendiente la total informatización de dicho registro. Creemos que una vez que ya esté instaurado y controlado por completo el manejo de dicho programa informático por parte del personal de enfermería y médico, podremos hacer mejor uso de él sobre todo en los apartados destinados a los accesos vasculares.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/657 ========== ***

Nº de registro: 0657

Título
CREACION DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS Y COMPLICACIONES EN LOS ACCESOS VASCULARES DE LOS ENFERMOS RENALES CRONICOS EN TTº CON HEMODIALISIS EN LA UNIDAD DEL HCU LOZANO BLESA Y CME I. JIMENEZ

Autores:
CALLIZO PEQUERUL LAURA, ENTONADO MORENO SARA BELEN, BENITO ORMEÑO ADOLFO, PEREZ VALLE RAQUEL, ALVAREZ SANTAFE BEATRIZ, ARROYO ESPALLARGAS VIRGINIA, AZNAR BUIL BLANCA, PALACIO GAVIN GEMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El acceso vascular es imprescindible en hemodiálisis ya que es el único medio para acceder al torrente sanguíneo y conseguir unos flujos adecuados impulsando la sangre a través del circuito extracorpóreo, realizando un correcto tratamiento de hemodiálisis.

Hay varios tipos de accesos vasculares:

* Catéteres venosos centrales tunelizados o no tunelizados.

* Fístulas arteriovenosas (FAVi) autólogas o protésicas.

Ante la importancia del correcto manejo del acceso vascular y prevención o tratamiento precoz de las complicaciones que pueden aparecer en los mismas, surge la necesidad de crear en la unidad de Hemodiálisis un registro/evolución exclusiva para los accesos vasculares.

Actualmente en el servicio contamos con dos unidades de hemodiálisis: una localizada en la planta -1 del Hospital Clínico Lozano Blesa, en la contamos con historia clínica en papel y otra unidad en la planta calle del Centro de especialidades Inocencio Jiménez en la que contamos con un programa informático, “Nefrolink”.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0657

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE CUIDADOS Y COMPLICACIONES EN LOS ACCESOS VASCULARES DE LOS ENFERMOS RENALES CRONICOS EN TTº CON HEMODIALISIS EN LA UNIDAD DEL HCU LOZANO BLESA Y CME I. JIMENEZ

- Crear un registro de los cuidados y complicaciones del acceso vascular para una mejor calidad asistencial.

- Mejorar la comunicación entre el personal del equipo multidisciplinar en el seguimiento de los accesos vasculares.

- Aumentar la supervivencia de los accesos vasculares gracias a un correcto manejo en los cuidados unificados por parte del personal de enfermería.

MÉTODO
En la Unidad de Hemodiálisis del CME Inocencio Jiménez realizaremos un seguimiento del acceso vascular, rendimiento/efectividad de acceso, cambios en los flujos sanguíneos, complicaciones y tratamiento de las mismas, a través de un registro informatizado en “Nefrolink” con el que crearemos:

* Un apartado de notas de evolución en el “Diario de enfermería”, registrando:

o Cambios en Flujos sanguíneos (Qb)

o Cambios en el índice de recirculación.

o Cambios en parámetros de Ktv.

o Realización de medición bimensual del flujo de Favi (Qa) y posterior seguimiento de cambios importantes que nos indicarían sospecha de complicación.

* Un dibujo de brazo Favi para marcar zonas de punción y cambios en la canalización en la pestaña de "Accesos Vasculares".

* Registro en una “Lista de complicaciones de accesos vasculares” que pueden aparecer, tratamiento y eficacia, en el apartado habilitado a ello.

En la Unidad del Hospital Clínico Lozano Blesa: hasta informatización de la historia clínica, crearemos un registro en papel para seguimiento de evolución y complicaciones de los accesos, y un documento con dibujo del brazo Favi para marcar las zonas habituales de punción.

INDICADORES
* Incidencia de las complicaciones registradas de los accesos vasculares y consiguiente tratamiento precoz de dichas complicaciones

* Conseguir una correcta cumplimentación del registro por parte del personal de enfermería.

* Obtener el mayor rendimiento posible de los accesos vasculares mejorando así los parámetros de la calidad de las sesiones de diálisis

DURACIÓN
Inicio del proyecto en marzo del 2019 y puesta en marcha en junio de 2019.

Hasta mayo del 2019 nos pondremos en contacto con el personal informático responsable del “Nefrolink” para la adaptación del programa informático a las necesidades del proyecto y creación del registro en papel para HCU.

Durante el mes de mayo realizaremos formación del personal de enfermería para correcto manejo del programa informático y presentación de los registros de papel del HCU.

Una vez puesto en marcha el proyecto, a partir de junio, mediremos los indicadores propuestos anteriormente hasta fin 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 - 2019/1062

1. TÍTULO

PROYECTO ARCO IRIS: HUMANIZACIÓN EN HOSPITAL DE DÍA Y AISLAMIENTO ONCOHEMATOLÓGICO

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALICIA TORRES SAIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ VICENTE ANGELA
BELLO ALBENDEA GEMA
GARCIA IBAÑEZ CAROLINA
PUEYO EZQUERRA NIEVES
LORENTE HERNANDEZ NURIA
FERNANDEZ GONZALEZ ANA ISABEL
RUBIO ORTEGA JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de encuestas de pacientes de Hospital de Día
Elaboración de encuestas de pacientes de Aislamiento
Colocación de pizarras magnéticas en habitaciones de Aislamiento con la finalidad de personalizarlas
Concierto de Violin y viola para pacientes de Hospital de Día
Concierto de Violin y viola para pacientes de Aislamiento
Entrega de detalles navideños a pacientes de ambos servicios
Decoración navideña de los espacios involucrando a pacientes, profesionales y voluntarios de la AECC
Decoración estacional "árbol de los deseos" donde pacientes, familiares, profesionales y voluntarios dejan escritas frases de ánimo, deseos, agradecimientos, etc.
Elaboración de tríptico de información para pacientes de Hospital de Día
Reuniones del equipo y elaboración de las actas correspondientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Impacto del proyecto

El impacto ha sido positivo, no se han detectado problemas en el desarrollo de las actividades y los comentarios de pacientes, familiares y profesionales han sido favorables a las intervenciones.

Indicadores de evaluación

- Nº de habitaciones decoradas. Se han incluido pizarras magnéticas como elemento que permite la personalización. 6 pizarras magnéticas/6 habitaciones
- Nº de actividades realizadas con pacientes: 1 concierto en cada unidad de violín y viola y 80 pasatiempos entregados a pacientes (sopas de letras, lectura, etc).
- Nº de acompañamientos de voluntariado: un promedio de 25 acompañamientos diarios en Hospital de Día (pacientes recién diagnosticados y en tratamiento).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades realizadas responden al objetivo del proyecto, no obstante, hay algunas que todavía no se han podido llevar a cabo, sobre todo las relativas a la pintura y decoración de los espacios, así como también algunas actividades con pacientes en la unidad de Aislamiento.
Para la decoración, se ha previsto contar con el patrocinio de empresas del territorio, con las que se ha iniciado contacto, pero todavía no han definido su participación.
Para la colocación de los vinilos se cuenta con financiación de la AECC.
La pintura y la iluminación no se ha podido llevar a cabo porque en el hospital se han tenido que acometer otras obras estructurales considerables que han hecho que el proyecto se fuese adaptando y transformando sobre la marcha; esto ha hecho de las dificultades y retrasos una oportunidad de mejora.
Al poner en marcha el proyecto se han identificado otras líneas de mejora para proyectos futuros.

Hay posibilidad de replicar el proyecto siempre que pueda involucrarse en cierta medida a pacientes/familiares, profesionales, voluntariado, empresas patrocinadoras y al propio centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1062 ========== ***

Nº de registro: 1062

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1062

1. TÍTULO

PROYECTO ARCO IRIS: HUMANIZACIÓN EN HOSPITAL DE DÍA Y AISLAMIENTO ONCOHEMATOLÓGICO

Título
PROYECTO ARCO IRIS: HUMANIZACION EN HOSPITAL DE DIA Y AISLAMIENTO ONCOHEMATOLOGICO

Autores:
TORRES SAIZ ALICIA, IBAÑEZ VICENTE ANGELA, BELLO ALBENDEA GEMA, GARCIA IBAÑEZ CAROLINA, PUEYO EZQUERRA NIEVES, LORENTE HERNANDEZ NURIA, FERNANDEZ GONZALEZ ANA ISABEL, RUBIO ORTEGA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
El proyecto plantea una mejora en la experiencia del paciente oncológico en su paso por el hospital mediante la incorporación de recursos ambientales que produzcan un impacto positivo en la calidad de vida durante el tratamiento en Hospital de Día y Aislamiento Oncohematológico.
La importancia del proyecto radica en la introducción de recursos ambientales y de entretenimiento que fomenten el bienestar emocional, haciendo más llevadera la experiencia de tratamiento y hospitalización, y repercutiendo en la mayor satisfacción del equipo profesional en el contacto con paciente y familiares. Las acciones se enmarcan en un contexto asistencial en el que el espacio es anodino y carente de recursos de entretenimiento. El proyecto se plantea en la línea de innovación que se viene desarrollando en distintos hospitales a nivel nacional.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la experiencia del paciente oncológico y sus familiares en estancia en Hospital de Día y Aislamiento Oncohematológico mediante la creación de un espacio acogedor y dotado de recursos para el entretenimiento.

MÉTODO
Transformación de espacios: cambio del color de las paredes, colocación de vinilos en las ventanas de las habitaciones con paisajes y puntos de fuga relajantes creando imaginarias ventanas a la naturaleza, colocación en las paredes de vinilos con palabras o frases de apoyo, y habilitación en las habitaciones de espacios que permitan su personalización.
Entretenimiento y acompañamiento de voluntariado: oferta de actividades individuales y colectivas de tipo musical, artístico, literario o manual dinamizadas por voluntariado, de material de entretenimiento (revistas, juegos de mesa), acompañamiento de voluntariado testimonial y actividades formativas. Todas éstas actividades se desarrollarán siguiendo el protocolo de calidad y seguridad del hospital.
La implicación de profesionales de la unidad se hará mediante reuniones en las que se definan formas de participación en las actividades mencionadas. El equipo de voluntariado será coordinado por la AECC para participar en la oferta de actividades.
La comunicación se facilitará mediante reuniones periódicas con el equipo, además de una coordinación institucional interna y externa entre el hospital y la AECC.

INDICADORES
Nº de habitaciones decoradas
Nº de espacios comunes transformados
Nº de actividades realizadas con pacientes semestralmente
Nº de acompañamientos de voluntariado
Grado de satisfacción de los pacientes, familiares y profesionales

DURACIÓN
La calendarización prevista se dividirá en dos semestres. Durante el segundo semestre de 2019 está previsto llevar a cabo las siguientes acciones: pintura de paredes y puertas (habitaciones y salas comunes), personalización de habitaciones, actividades individuales (Aislamiento), entrega de material de entretenimiento y selección de música relajante para megafonía. Durante el primer semestre de 2020 se plantea: colocación de vinilos en ventanas y paredes, actividades colectivas y colocación de pantallas.

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) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1062

1. TÍTULO

PROYECTO ARCO IRIS: HUMANIZACIÓN EN HOSPITAL DE DÍA Y AISLAMIENTO ONCOHEMATOLÓGICO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0926

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA MERCEDES LOURDES NOCITO COLON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INMUNOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES ANTON ESTHER
GARCES REDONDO MOISES
IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA
INDA LANDALUCE MARIA MERCEDES
MARTINEZ LOSTAO LUIS
RAMOS MIR JORGE
LORENZ ABAD ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El estudio incluye a 186 pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) seleccionados por Neurología en los que se estimó que tuvieran hecho tipaje de HLA (HLA-DQ2, HLA-DQ8) y se valoró su riesgo genético para desarrollar Enfermedad Celíaca (EC). A los pacientes con marcadores de riesgo alto o moderado se les hizo un estudio de anticuerpos anti-transglutaminasa específicos de EC y a los positivos, un estudio anatomo-patológico para diagnosticar la EC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 186 pacientes seleccionados, 110 tuvieron HLA de riesgo (53 riesgo moderado 28.5%, 49 riesgo alto 26.3% y 8 con riesgo alto 4.3%). En 3 de dichos pacientes se observaron anticuerpos anti-Transglutaminasa y anti-Endomisio por lo que se les derivo para estudio a consultas de Digestivo y se les realizó biopsia duodenal confirmándose el diagnóstico.
En nuestro estudio, de los 186 pacientes a los que se les solicitó el estudio genético HLA DQ2, DQ8, hasta un 59,1% presentaban un riesgo moderado-alto de presentar EC. Sin embargo, la prevalencia de pacientes con anticuerpos positivos ha sido de 1,6%, similar a la que se puede encontrar en la población general (1%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este trabajo presenta algunas limitaciones importantes debido a la selección de la muestra. De los pacientes revisados, solo a 186 se ha realizado estudio genético y serológico, difiriendo las características de los pacientes, sobre todo con importante disminución de estudio de las formas progresivas de EM. Además, el tamaño muestral era escaso. Otra limitación de este estudio es que la determinación serológica se realizó solo una vez, es decir, no hay un seguimiento serológico longitudinal de los pacientes que podría haber revelado otros casos positivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/926 ========== ***

Nº de registro: 0926

Título
DETECCION DE ENFERMEDAD CELIACA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE

Autores:
NOCITO COLON MARIA MERCEDES LOURDES, GARCES ANTON ESTHER, GARCES REDONDO MOISES, IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA, INDA LANDALUCE MARIA MERCEDES, MARTINEZ LOSTAO LUIS, RAMOS MIR JORGE, LORENZ ABAD ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0926

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

PROBLEMA
Tanto la esclerosis múltiple (EM) como la enfermedad celíaca (EC) son enfermedades de etiopatogenia inmunomediada que se dan en personas genéticamente predispuestos compartiendo, en algunos casos, factores de predisposición a la enfermedad como ciertos antígenos de histocompatibilidad. Además, la celiaquía puede presentarse como una enfermedad neurológica por lo que queremos evaluar la posibilidad de que pacientes con esclerosis múltiple puedan beneficiarse clínicamente de una dieta sin gluten

RESULTADOS ESPERADOS
Dado que los pacientes con EM con sensibilidad al gluten se benefician de una dieta sin gluten, nuestro objetivo el la detección precoz de EC entre los pacientes con EM

MÉTODO
1. Puesta en común para diseño del trabajo. Responsables: Todos
2. Elección de los pacientes: Responsables: Neurólogos.
3. Diseño de pruebas a realizar: Responsables: Inmunólogos
4. Puesta en común del procedimiento/rediseño si necesario: Responsables: Todos
5. Puesta en marcha del procedimiento: Responsables: Todos
6. Seguimiento del cumplimiento: Responsables: Todos
7. Análisis de resultados: Responsables: Neurólogos

INDICADORES
% de pacientes celíacos en la pobleción afecta de EM

DURACIÓN
Año 2019 para desarrollo e implantación.

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 - 2019/0861

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO PUENTE COLINA
· Profesión ..... INGENIERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ CADENAS MAR
SERRANO BARCOS LAURA
ZUECO GARCIA ELENA
INGLES GARCIA CONCEPCION
GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA
SIMON MELCHOR LUCIA
ACHA AIBAR BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
.- Actividades de carácter formativo – informativo:

Relación de Acciones Formativas en materia de violencia externa en el trabajo realizadas en el periodo 2019:

ATENCION ESPECIALIZADA.
? 201902 / SESION CLINICA AGRESIONES: PROTOCOLO ACTUACION / MEDICOS SERVICIO URGENCIAS (HCU) / 1 HORA / 12 TRABAJADORES.
? 201906 / TALLER DE CONTENCION MECANICA - INMOVILIZACION TERAPEUTICA / ENFERMEROS Y TCAES SERVICIO URGENCIAS (HCU) / 3 HORA / 17 TRABAJADORES.
? 201911 / TALLER DE CONTENCION MECANICA - INMOVILIZACION TERAPEUTICA / ENFERMEROS Y TCAES SERVICIO URGENCIAS (HCU) / 3 HORA / 16 TRABAJADORES.

ATENCION PRIMARIA.
? 201904 / FORMACION AGRESIONES (CS UNIVERSITAS): FORMACION PRACTICA EN EL CONTROL DE SITUACIONES DE VIOLENCIA EXTERNA / 6 HORAS / 20 TRABAJADORES.
? 201905 / FORMACION AGRESIONES (CS ALAGON, CASETAS y UTEBO): FORMACION AGRESIONES EN EL SECTOR SANITARIO/ 1,5 HORAS / 70 TRABAJADORES.
? 201906 / FORMACION AGRESIONES (CS BORJA): FORMACION AGRESIONES EN EL SECTOR SANITARIO/ 1,5 HORAS / 20 TRABAJADORES.

.- Elaboración y difusión de documentos de acompañamiento:

Documentos informativos, elaborados, actualizados y puestos a disposición en la intranet, en materia de violencia externa en el trabajo durante el periodo 2019:
?
Actualización y publicación en la intranet (http://10.35.208.91:16080/prevencion-riesgos-laborales1) del IMPRESO DE DECLARACIÓN DE AGRESIÓN.
? Actualización y publicación en la intranet (http://10.35.208.91:16080/prevencion-riesgos-laborales1) del ALGORITMO DE VIOLENCIA EXTERNA.
? Elaboración y publicación en la intranet (http://10.35.208.91:16080/prevencion-riesgos-laborales1) de la GUÍA DE PREVENCIÓN ANTE LAS AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS SECTOR ZARAGOZA III.
? Publicación en la intranet (http://10.35.208.91:16080/prevencion-riesgos-laborales1) de la NOTIFICACIÓN AGRESIONES CONSEJERÍA (Secretaria General Técnica Dpto. Sanidad).
? Publicación en la intranet (http://10.35.208.91:16080/prevencion-riesgos-laborales1) del PROTOCOLO ACTUACIÓN ANTE VIOLENCIA EXTERNA (Orden 21 octubre 2014, Departamento de Hacienda y Administración Pública).
? Publicación en la intranet (http://10.35.208.91:16080/prevencion-riesgos-laborales1) del TRÍPTICO PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL TRABAJO (MAZ prevención).
? Publicación en la intranet (http://10.35.208.91:16080/prevencion-riesgos-laborales1) del TRÍPTICO PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES (MAZ prevención).

.- Actividades de carácter ORGANIZATIVO:

ATENCION ESPECIALIZADA.
? Elaboración del MAPA de RIESGO de violencia externa.
? Se evalúan los aspectos referidos al diseño de la instalación del Servicio de Urgencias del HCU, que suponen o pueden suponer uno o varios riesgos para los trabajadores usuarios de la misma frente al riesgo de Violencia Externa, estableciéndose un conjunto de acciones preventivas de carácter ORGANIZATIVO actualmente en fase de implementación (regulación del acceso de familiares acompañantes, incremento de equipos de enfermería en ciertas áreas, etc.).

ATENCION PRIMARIA.
? Elaboración del MAPA de RIESGO de violencia externa.
? El 21 de marzo, se realiza visita al C.S. UNIVERSITAS con objeto de evaluar el centro de trabajo frente al riesgo de violencia externa. De esta evaluación, se derivan una serie de medidas y acciones preventivas de carácter ORGANIZATIVO detalladas en el documento y actualmente en fase de implementación (reubicación de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0861

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

mobiliario, vías de evacuación libres de obstáculos, reagrupación de consultas en horario de tarde y fin de semana, etc.). El alcance de algunas de estas medidas no se circunscribe solo a este centro de trabajo sino, que tiene aplicación a otros centros de trabajo de atención primaria.

.-Actividades de carácter OPERATIVO:

ATENCION ESPECIALIZADA.
? Se evalúan los aspectos referidos al diseño de la instalación del Servicio de Urgencias del HCU, que suponen o pueden suponer uno o varios riesgos para los trabajadores usuarios de la misma frente al riesgo de Violencia Externa, estableciéndose un conjunto de acciones preventivas de carácter OPERATIVO actualmente en fase de implementación (instalación de cartelería, instalación de sistemas de alarma no sonoros, etc.).

ATENCION PRIMARIA.
? El 21 de marzo, se realiza visita al C.S. UNIVERSITAS con objeto de evaluar el centro de trabajo frente al riesgo de violencia externa. De esta evaluación, se derivan una serie de medidas y acciones preventivas de carácter OPERATIVO detalladas en el documento y actualmente en fase de implementación (instalación de puertas, instalación de sistemas de alarma "no sonoros" en teclado del PC, instalación de espejos, cámaras de seguridad, etc.). El alcance de algunas de estas medidas no se circunscribe solo a este centro de trabajo sino, que tiene aplicación a otros centros de trabajo de atención primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Transcurridos siete meses de proyecto y siendo que se ha elaborado con un horizonte de dos años vista, entendemos, que es pronto para valorar el resultado de las acciones a día de hoy implementadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Seguir en la línea de trabajo del 2019, implementando nuevas acciones y haciendo seguimiento de la efectividad de las ya implementadas en los meses venideros.

7. OBSERVACIONES.
Ninguna.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/861 ========== ***

Nº de registro: 0861

Título
GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
PUENTE COLINA ALBERTO ANDRES, PEREZ CADENAS MAR , SERRANO BARCOS LAURA, INGLES GARCIA CONCEPCION , GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA, SIMON MELCHOR LUCIA, ACHA AIBAR BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EL PROYECTO NO TRATA NINGUNA PATOLOGIA
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: MINIMIZAR CASOS DE VIOLENCIA EXT.

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

PROBLEMA
En los últimos años se observa un incremento de los casos de Violencia Externa que afectan a los trabajadores de los centros sanitarios del Sector Zaragoza III. Desde el Servicio de PRL, se va a analizar el riesgo con objeto de establecer un conjunto de medidas preventivas que eviten o minimicen los casos de violencia externa.

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaboración de un MAPA de RIESGOS sobre violencia externa en el Sector III.
- Diseñar e implementar un PLAN de ACCION que evite o reduzca la exposición al riesgo de violencia externa.

MÉTODO
ACTIVIDADES DE CARÁCTER FORMATIVO – INFORMATIVO:
- Formación en cómo gestionar un caso de violencia externa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0861

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

- Formación en habilidades de carácter emocional en caso de violencia externa.
- Formación práctica en la gestión de un caso de violencia externa.
- Elaboración y difusión de documentos de acompañamiento (Guía de prevención ante agresiones y Algoritmo de violencia externa).

ACTIVIDADES DE CARÁCTER ORGANIZATIVO:

- Propuestas de medidas de carácter ORGANIZATIVO frente al riesgo de agresiones en atención domiciliaria, consultas y servicios de urgencias.

ACTIVIDADES DE CARÁCTER OPERATIVO:

- Propuestas de medidas de carácter OPERATIVO frente al riesgo de agresiones en atención domiciliaria, consultas y servicios de urgencias.

INDICADORES

ATENCION PRIMARIA “URBANO”:

- Indicador Acción Formativa: COMO GESTIONAR un caso de Violencia Externa = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
  - o Objetivo > 66% 1er año
  - o Objetivo > 99% 2er año
- Indicador Acción Formativa: HABILIDADES de carácter EMOCIONAL = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
  - o Objetivo > 30% 1er año
  - o Objetivo > 50% 2er año
- Indicador Acción Formativa: PRACTICA = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
  - o Objetivo > 50% 1er año
  - o Objetivo > 75% 2er año
- Implementación de medidas de carácter ORGANIZATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.
  - o Objetivo > 50% 1er año
  - o Objetivo > 90% 2er año
- Implementación de medidas de carácter OPERATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.
  - o Objetivo > 50% 1er año
  - o Objetivo > 90% 2er año

ATENCION PRIMARIA “RURAL”:

- Indicador Acción Formativa: COMO GESTIONAR un caso de Violencia Externa = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
  - o Objetivo > 66% 1er año
  - o Objetivo > 99% 2er año
- Indicador Acción Formativa: HABILIDADES de carácter EMOCIONAL = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
  - o Objetivo > 30% 1er año
  - o Objetivo > 50% 2er año
- Indicador Acción Formativa: PRACTICA = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
  - o Objetivo > 50% 1er año
  - o Objetivo > 75% 2er año
- Implementación de medidas de carácter ORGANIZATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.
  - o Objetivo > 50% 1er año
  - o Objetivo > 90% 2er año
- Implementación de medidas de carácter OPERATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.
  - o Objetivo > 50% 1er año
  - o Objetivo > 90% 2er año

URGENCIAS HCU:

- Indicador Acción Formativa: COMO GESTIONAR un caso de Violencia Externa = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
  - o Objetivo > 66% 1er año
  - o Objetivo > 99% 2er año
- Indicador Acción Formativa: HABILIDADES de carácter EMOCIONAL = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
  - o Objetivo > 66% 1er año
  - o Objetivo > 99% 2er año
- Indicador Acción Formativa: PRACTICA = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.
  - o Objetivo > 50% 1er año
  - o Objetivo > 75% 2er año
- Implementación de medidas de carácter ORGANIZATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.
  - o Objetivo > 50% 1er año
  - o Objetivo > 90% 2er año
- Implementación de medidas de carácter OPERATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.
  - o Objetivo > 50% 1er año
  - o Objetivo > 90% 2er año

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0861

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

DURACIÓN
DURACIÓN:
- Mayo 2019 - mayo 2021

CALENDARIO:
- Mayo 2019 – Mayo 2020:
  - o Elaboración MAPA de RIESGOS.
  - o Elaboración PLAN FORMATIVO e implementación parcial según objetivos establecidos.
  - o Elaboración del PLAN de ACCION (medidas preventivas) e implementación parcial según objetivos establecidos.
- Mayo 2020 – Mayo 2021:
  - o Actualización del MAPA de RIESGOS.
  - o Implementación final del PLAN FORMATIVO según objetivos establecidos.
  - o Implementación final del PLAN de ACCION (medidas preventivas) según objetivos establecidos.
  - o Evaluación del grado real de implementación y consecución de objetivos.

OBSERVACIONES
Se trabajará conjuntamente con la Dirección y coordinadores de centro de salud del Sector III.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1157

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLOGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELENA ZUECO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA MORENO LUCIA
ACHA AIBAR BEATRIZ
GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA
MELCHOR SIMON LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han registrado las incidencias detectadas en la gestión de los accidentes con material biológico. El registro contemplaba los siguientes campos: datos de filiación del trabajador accidentado, datos del paciente fuente, actuación inicial del trabajador, equipos de protección individual utilizado, mecanismos de bioseguridad utilizados, consentimiento informado de la fuente, volantes de laboratorio, gestión de laboratorio, hoja notificación accidente, asistencia en el servicio de Urgencias, personal sanitario que ha llevado el accidente y el número de registro interno del accidente. Estos campos nos facilitaban el seguimiento y la trazabilidad del accidente en todas las actuaciones que exige el mismo.
Se determinaron el tipo de incidencias que deben ser corregidas con velocidad dadas las consecuencias de las mismas en los aspectos de seguridad y salud de los trabajadores afectados. Se consideraron prioritarias:
- La correcta petición del estudio del paciente fuente al laboratorio.
- La captura y procesamientos correctos de los accidentes atendidos fuera de nuestro horario laboral
- El uso de los mecanismo de bioseguridad disponibles en los centros del sector.
Se contactó con los trabajadores accidentados, supervisores y supervisores generales de guardia, personal del laboratorio y médicos del servicio de Urgencias para recoger información sobre las incidencias detectadas y las dificultades en los aspectos de información y conocimiento del procedimiento existente, uso de los equipos de protección individual y material de bioseguridad, notificación del accidente y asistencia del mismo incluyendo las peticiones al laboratorio.
Se mantuvieron reuniones con periodicidad quincenal para analizar la información registrada.
Se propusieron acciones correctivas sobre todo en lo referente a la información de los trabajadores, mandos intermedios y asistenciales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han detectado 39 incidencias en los 196 accidentes con material biológico recogidos, siendo 35 los accidentes con incidencias.
Número de accidentes analizados x 100/ número total de los accidentes ocupacionales con material biológico ocurridos durante un año = 196 x100/196= 100%
Objetivo: 80%
Número de accidentes analizados en los que se detectan incidencias con riesgos de seguridad x 100/número total de accidentes analizados por incidencias= 13/39 x100= 33.33%
Número de accidentes analizados en los que se detectan incidencias con riesgos para la salud del trabajador x 100/número total de accidentes analizados por incidencias0 15/39 x100=38.46%
Número de incidencias relacionadas con las peticiones de laboratorio x 100/ número de peticiones de laboratorio realizadas en todos los accidentes ocupacionales con material biológico= 13/39 x 100= 33%
Número de intervenciones formativas realizadas x 100/número total de actividades informativas y formativas propuestas como medidas correctivas 35/35 x 100%= 100%
Objetivos: 80%
Medidas correctivas implementadas en 1 año x 100/ número total de medidas correctivas propuestas 28/39 x 100= 71%
Objetivo: 70%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han detectado dos puntos críticos en la gestión del accidente:
1.- el desconocimiento y desinformación del procedimiento vigente en el sector, del que deriva una asistencia incompleta o inadecuada del trabajador asistido, y la repercusión sobre su salud .
2.- el desconocimiento del manejo de los materiales de bioseguridad introducidos en el sector, que exigen un mínimo aprendizaje.
En base a lo anterior, queda pendiente el aspecto formativo. Valoramos la necesidad de difundir y formar correctamente a los profesionales en estos dos aspectos, para minimizar, por un lado, el riesgo de exposición a material biológico con un uso correcto de los mecanismos de bioseguridad, y por otro lado, mejorar la asistencia integral del accidente biológico con los recursos disponibles en el momento actual,entre los que se incluyen la gammaglobulina específica frente a la hepatitis B, la detección cualitativa rápida de VIH, y el tartamiento antirretorviral frente a VIH (TAR), que son muy adecuados para tratarlo correctamente.
En base a estas conclusiones, nos planteamos un nuevo proyecto de calidad que dé continuidad a lo ya iniciado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1157

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLOGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1157 ========== ***

Nº de registro: 1157

Título
MEJORA DE LA GESTION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLOGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
ZUECO GARCIA ELENA, SANTAMARIA MORENO LUCIA, ACHA AIBAR BEATRIZ, GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA, SIMON MELCHOR LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Patología infecciosa de transmisón ocupacional por accidente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En enero de 2015 se elaboró un procedimiento de actuación ante el accidente ocupacional con material biológico. Se trata de un procedimiento complejo de gestión porque requiere varias intervenciones por parte de los trabajadores implicados, supervisores, facultativos, laboratorios, etc y que además, realizamos de forma complementaria el servicio de Prevención de Riesgos Laborales y el servicio de Urgencias, que atiende al trabajador afectado fuera de nuestro horario laboral.
En base a la experiencia de estos años, se han detectado deficiencias en la gestión sobre todo en determinadas actuaciones del proceso, probablemente debidas a la falta de información y formación, introducción de materiales de bioseguridad, introducción del volante elctrónico de petición de laboratorios, presión asistencial, rotación del personal, acceso de nuevos trabajadores al sector, etc, que conllevan un incremento del esfuerzo y tutela por parte de los integrantes de este servicio de Prevención, con una asistencia más dificultosa al trabajador.
Consideramos importante mejorar esta gestión para garantizar la actuación adecuada en todos los casos, con rapidez y eficiencia, entendiendo que es una prioridad de la organización la búsqueda de unos niveles óptimos de seguridad y salud de los trabajadores que la integran.

RESULTADOS ESPERADOS
La población a quién va dirigido este proyecto de mejora son los trabajadores del sector sanitario Zaragoza III, esperando conseguir una mayor calidad en la asistencia en este tipo de accidentes mediante los siguientes objetivos:
-Detección de puntos críticos o de especial dificultad o de mayor número de fallos, mediante el registro de las incidencias ocurridas en las diferentes fases del procedimiento.
- Establecer mejoras con medidas correctivas.

MÉTODO
-Crear un equipo de trabajo multidisciplinar para realizar el registro y análisis de las incidencias ocurridas en la gestión de los accidentes durante un año.
-Determinar qué incidencias en la gestión del procedimiento deben ser corregidas con rapidez por sus especiales consecuencias en el aspecto de seguridad o salud de los trabajadores afectados.
-Obtener información por medio de:
        -registro de las incidencias analizadas
-entrevistas a las personas involucradas: trabajadores, supervisores,
personal de laboratorio, del servicio de Urgencias
-Analizar la información y determinar las causas de las incidencias o fallos en el proceso mediante reunión quincenal
-Definir acciones correctivas
-Implantar las acciones correctivas
-Documentar todo el proceso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1157

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLOGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

INDICADORES
Número de accidentes analizados por incidencias en la gestión de los mismo x 100/ número total de los accidentes ocupacionales con material biológico ocurridos durante un año
Objetivo: 80%
Número de accidentes analizados en los que se detectan riesgos de seguridad x 100/número total de accidentes analizados por incidencias
Objetivo : 95%
Número de accidentes analizados en los que se detectan riesgos para la salud del trabajado x 100r/número total de accidentes analizados por incidencias
Objetivo:95%
Número de intervenciones formativas realizadas x 100/número total de actividades informativas y formativas propuestas como medidas correctivas
Objetivos: 80%
Medidas correctivas implementadas en 1 año x 100/ número total de medidas correctivas propuestas
Objetivo: 70%
Número de incidencias relacionadas con las peticiones de laboratorio x 100/ número de peticiones de laboratorio realizadas en todos los accidentes ocupacionales con material biológico
Objetivo: 85%

DURACIÓN
La duración prevista es la de un año natural desde el comienzo del proyecto,31 de marzo de 2019, siendo los responsables de su implantación el equipo de mejora, mediante las reuniones quincenales para revisar los registros y proponer medidas correctivas, que se implementarán según calendario que se elabore en dichas reuniones quincenales, Estas medidas correctivas se establecerán de forma inmediata o a medio plazo, según la valoración de los riesgos de seguridad y salud derivados de las incidencias en la gestión de los accidentes.
Fecha inicio proyecto de mejora: 31 de marzo de 2019
Fecha prevista de finalización del proyecto 31 de marzo de 2020
Evaluación intermedia del proyecto a los 6 meses del comienzo y final en los últimos 15 días 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 - 2018/1286

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LAINSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA VICENTE LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RONCAL SOLA SUSANA
RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN
LATORRE NAVASCUEZ RUT
GAGO GALLEGO NURIA
BRETON PEREZ ROSANA
RAMOS ABRIL VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ABRIL DE 2019
SESIONES IMPARTIDAS A PROFESIONALES DE SERVICIOS INTENSIVOS JUNIO 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
TENER UN DOCUMENTO DE APOYO A LA HORA DE LA IMPLANTACIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATÉTER SWAN-GANZ.
EL PERSONAL HA LLEVADO A LA PRÁCTICA CON LA SESIÓN LA COLOCACIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATÉTER, FAMILIARIZÁNDOSE CON EL MATERIAL Y LOS PASOS CORRECTOS A SEGUIR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SESIONES ANUALES ANTES DE QUE COMIENCE EL PERIÓDO VACACIONAL PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1286 ========== ***

Nº de registro: 1286

Título
IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

Autores:
VICENTE LOPEZ MARTA, RONCAL SOLA SUSANA, RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN, LATORRE NAVASCUEZ RUT, GAGO GALLEGO NURIA, BRETON PEREZ ROSANA, RAMOS ABRIL VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
El catéter Swan-Ganz, es un catéter ampliamente empleado en las UCIs. El cual permite monitorizar la función cardiovascular en pacientes en estado crítico valorar la respuesta al tratamiento médico. Con los datos derivados de las mediciones pueden evaluarse las funciones ventriculares izquierda y derecha, y lograr un diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de shock.

En la actualidad,en nuestra UCI, no existe ningún documento que marque unas directrices a la hora de insertar, mantener y retirar un catéter Swan-Ganz para que el personal de enfermería pueda apoyarse en él.

También nos hemos dado cuenta, que es escaso el personal de UCI, alrededor de un 20% que pueda preparar todo el material que conlleva la inserción del catéter, sin cometer fallos, sepa como se utiliza y que parámetros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1286

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LAINSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

mide.

Por ello, una adecuada formación específica de los profesionales reducirá la variabilidad, fortalecerá la cultura de seguridad y disminuirá los errores a la hora de la preparación, mantenimiento, utilización y retirada de dicho catéter.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un procedimiento sobre la actuación de enfermería ante la insercción, mantenimiento y retirada del catéter Swan-Ganz.
Mejorar el grado de conocimiento del método en el personal de UCI.

MÉTODO
Busqueda de bibliografía por parte del equipo que elabora el procedimento.

Realización de un procedimiento "Actuación de enfermería en la insercción, mantenimiento y retirada del catéter Swan-Ganz".

Sesiones-Talleres formativos del personal de enfermería de UCI con los diferentes componentes del equipo todo ello coordinado por el responsable del proyecto.Para ello se dispondrá de todo el material necesario para la insercción del catéter, monitores, etc..

Inclusión del procedimiento en soporte de papel en la documentación de enfermería de la UCI.

Inclusión del procedimiento en soporte informático.

INDICADORES
nº personal de enfermería que conocen el método correcto /nº personal de enfermería que trabaja en la UCI * 100

Estándar: 80-90% (por el moviemiento de personal en la UCI).

DURACIÓN
Busqueda bibliográfica: MARZO-ABRIL 2018 (reuniones mensuales del equipo de mejora).
Elaboración de un procedimiento: ABRIL-MAYO 2018 (reuniones quincenales con el equipo de mejora.
Envío del procedimiento a la comisión de calidad para su aprobación: MAYO 2018.
Medición del grado de conocimiento del método antes de iniciar el proyecto de mejora: JUNIO 2018
Sesiones-Talleres formativos: JULIO-OCUBRE 2018.
Inclusión del procedimiento en soporte de papel e informático en la unidad: JUNIO 2018.
Evaluación del proyecto de mejora con el indicador arriba mencionado: ENERO-ABRIL 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 - 2019/0040

1. TÍTULO

MEDICINA INTENSIVA POR EL COMPROMISO CON LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ..... BLANCA OBON AZUARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLAN TARATIEL PAULA
DIAZ MELE MARIA CARMEN
CARMEN VELILLA ANA PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han diseñado e implementado distintas acciones relacionadas con la información proporcionada:
- Se ha actualizado la información que contiene el folleto que se proporciona a los familiares en el momento de su ingreso
- Se ha instalado un buzón de sugerencias
- Se ha diseñado e imprimido un cartel informativo donde se expresa el compromiso del S de M Intensiva con pacientes y familiares.
- Se ha difundido mediante la colocación en lugares estratégicos para facilitar su lectura.
- Se ha implicado la totalidad la plantilla del servicio (tanto medicina como enfermería) en proporcionar su identificación cuando se dirigen pacientes y familiares
- Se ha diseñado un cuestionario anónimo para analizar la participación del staff médico en las acciones propuestas y desarrolladas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Análisis de las sugerencias de los pacientes: Número de sugerencias analizadas/ Número de sugerencias totales= 95% (indicador propuesto: >90%)

Respuesta rápida de las quejas de los pacientes:
Nº de quejas respondidas en menos de 15 días/Número total de reclamaciones o quejas= 80% (indicador propuesto: >50%)

Implicación de los/las médicos/as del Servicio:
Número de médicos/as que se identifican/Número total de médicos/as del Servicio= 91% (indicador propuesto: >90%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En general consideramos que se han cubierto los principales aspectos y oportunidades de mejora que comprendía el proyecto:

- Integración de aspectos que contemplan los diferentes contextos y realidades de los/las pacientes.
- Facilitación de la comunicación de las/los médicas/os con los/las pacientes.
- Facilitación de la participación de pacientes y familiares en los procesos asistenciales

7. OBSERVACIONES.
En la actualidad se están clasificando y analizando las sugerencias de familiares y pacientes

*** ========== Resumen del proyecto 2019/40 ========== ***

Nº de registro: 0040

Título
MEDICINA INTENSIVA POR EL COMPROMISO CON LOS PACIENTES

Autores:
OBON AZUARA BLANCA, MILLAN TARATIEL PAULA, DIAZ MELE MARIA CARMEN, PASCUAL BIELSA ANA, VELILLA SORIANO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0040

1. TÍTULO

MEDICINA INTENSIVA POR EL COMPROMISO CON LOS PACIENTES

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Actualmente en los hospitales, especialmente en los Servicios de Medicina Intensiva, se atiende a las patologías que presentan los/las pacientes y no se presta la atención que merece otros aspectos que también forman parte de la asistencia sanitaria y de la correcta práctica clínica, como son los que conciernen a los propios pacientes y familiares.

Estas actitudes probablemente son derivadas del contexto de urgencia en el que tienen lugar las actuaciones en el paciente crítico, así como el creciente interés suscitado por los avances tecnológicos que surgen para una mejor atención a los/las pacientes, que con frecuencia relega los intereses de pacientes a un segundo plano.

Aspectos integrales de la propia atención clínica como es ofrecer una información comprensible y adaptada a las diferentes realidades de pacientes y familiares, así como promover la participación de los mismos en el proceso asistencial mediante la toma de decisiones compartidas… entre otros, a menudo se olvidan. Lo que supone una distorsión la práctica clínica, que prescinde del entorno humano receptor de nuestra información, y la pérdida de una oportunidad para mejorar la calidad de la asistencia prestada.

RESULTADOS ESPERADOS
- Ofrecer una atención de calidad, integrando aspectos que contemplan los diferentes contextos y realidades de los pacientes.
- Facilitar la comunicación de las/los médicas/os con los pacientes.
- Facilitar la participación de pacientes y familiares en los procesos asistenciales.

MÉTODO
- Diseño de las acciones
  - Acciones relacionadas con la información proporcionada
  - Acciones relacionadas con la identificación del staff médico y enfermería
  - Acciones relacionadas con las sugerencias de los pacientes
- Implicar al resto de las personas que trabajan en el S de M Intensiva en la acción de mejora
- Compra e instalación de un buzón de sugerencias
- Diseño de un cartel informativo que exprese el compromiso del S de M Intensiva con pacientes y familiares
- Difusión del mismo (que el cartel se sitúe en la sala de espera del S de M Intensiva)

INDICADORES
Análisis de las sugerencias de los pacientes

DURACIÓN
Análisis de las sugerencias de los pacientes
Número de sugerencias analizadas /Número de sugerencias totales> 90%
Respuesta rápida de las quejas de los pacientes
Nº de quejas respondidas en menos de 1 mes /Número total de reclamaciones o quejas >50%
Implicación de los/las médicos/as del Servicio
Número de médicos/as que se identifican /Número total de médicos/as del Servicio > 90%

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 - 2019/0120

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UCI MEDICA DEL HOPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ROMANOS CALVO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ GARCIA MARIA DE LOS ANGELES
MINGUIJON GARCIA NEILA MARIA
PALACIOS LASECA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión y recopilación del trabajo en la UCI Médica.
Revisión y recopilación de las tareas de enfermería, generales y específicas de los turnos de trabajo.
Revisión y resumen de las actuaciones específicas de la UCI Médica: actuación en ingresos, alta del paciente, traslado; actuación ante una PCR, cuidados del paciente coronario, paciente respiratorio crítico, paciente con hemofiltro.
Realización del manual de acogida del personal de enfermería de nueva incorporación.
Realización y distribución de encuestas para conocer el grado de necesidad/ satisfacción del manual

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES
Enferme@s que reciben el manual/total de enfermer@s que se incorporan a la unidad desde la puesta en marcha x 100= (20/20)*100= 100%
nº de encuestas contestadas sobre la necesidad de realización de un manual de acogida/nº de enfermeras de menos de 2 años de antigüedad en UCI-Mi x100= (19/20)*100= 95%
nº de encuestas contestadas sobre satisfacción del manual de acogida/nº de enfermer@s de nueva incorporación x 100= 100%

RESULTADOS
- Se han realizado un total de 19 encuestas.
- La edad media de las personas encuestadas es de 33 años.
AÑOS 20-25 años (5%), 26-30 años (21%) 31-35 años (42%), 36-40 años (26%), >40 años (6%)

- El 52% de los encuestados tiene más de 10 años de profesión.

- El 47% de la muestra no había tenido ninguna experiencia previa en UCI y otro 26% tiene menos de un año de experiencia en otras UCIS.

- Un 53% de los enfermeros encuestados que llegaron por primera vez a la UCI Médica tenían menos de medio año de experiencia en UCI, siendo un 47% de estos los que no tenían ningún tipo de experiencia en estos cuidados.

- El 36% refiere la llegada a UCI como complicada y otro 36% como estresante, tan sólo el 26% describe su llegada como normal.

-El 48% no se siente con las capacidades técnicas necesarias para desempeñar el trabajo y otro 47% sólo a veces.

- El 100% recurre a la enfermera veterana para resolución de dudas, el 21% recurre además al TCAE y y un 5% también al médico.
- El 52% considera que se necesitan más de 6 meses de trabajo en la UCI para estar capacitado.

- Al 100% les ha resultado útil el manual pero un 32% han echado en falta formación, siendo sólo un 15% los que recibieron formación a su llegada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las unidades de cuidados intesivos son servicios que requieren conocimientos y destrezas especiales por parte del personal de enfermería. Es fundamental la formación para poder resolver los problemas y las complicaciones que puedan surgir, de ahí la necesidad de diseñar un manual de acogida.
Los resultados demuestran que la llegada a la UCI se vive en la mayor parte de las veces como complicada o estresante, a pesar de que más del 50% del personal de nueva incorporación tiene amplia experiencia como enfermera/o. Además el personal no tiene experiencia en este tipo de cuidados o tiene una experiencia mínima.
Resalta el papel de la enfermera/o veterana, imprescindible para la resolución de las dudas, destaca a su vez que en pocas ocasiones se recurre al facultativo/a para lo mismo. Es necesario facilitar mayor información y formación a la llegada. Sería útil la figura de una enfermera/o dedicada a la docencia para disminuir el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0120

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UCI MEDICA DEL HOPITAL CLINICO LOZANO BLESA

estrés de los profesionales de nueva incorporación y disminuir también la sobrecarga de trabajo de la enfermera/o veterana.
El manual de acogida facilita la incorporación e integración de los profesionales de enfermería a la unidad de cuidados intensivos, además disminuye la variabilidad de la práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.
La información a la llegada fue positiva en un 58% pero un 42% no recibió casi nada de información. Es por ello que es necesaria una formación que complemente al manual realizado y este a su vez ser revisado puesto que las técnicas y las formas de trabajar cambian conforme avanza la medicina.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/120 ========== ***

Nº de registro: 0120

Título
MANUAL DE ACOGIA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UCI MEDICA DEL HOPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Autores:
ROMANOS CALVO BEATRIZ, SANCHEZ GARCIA MARIA DE LOS ANGELES, MINGUIJON GARCIA NEILA MARIA, PALACIOS LASECA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NINGUNA DIRIGIDO A PROFESIONALES
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La UCI está formada por un equipo multidisciplinar que dan soporte a los pacientes que llegan en situación crítica y necesitan una rápida actuación para su estabilización.
La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantiza una calidad de cuidados.
Ante una situación crítica es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones.
El equipo de enfermería de la UCI Médica del Hospital Clínico está formado por 38 enfermeras en plantilla distribuidas en turnos de mañana, tarde y noche.
La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la numerosa rotación del personal que se produce en el servicio así como la especialización y tecnificación de los cuidados que se proporcionan en la UCI.
Este manual pretende facilitar conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

RESULTADOS ESPERADOS
Recibir, acoger y facilitar la integración del personal de enfermería de nueva incorporación.
Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente.

MÉTODO
Los miembros del equipo de mejora realizarán:
Revisión y recopilación del trabajo en la unidad.
Revisión y recopilación de las tareas generales y específicas del los turnos de trabajo.
Revisión y resumen de las actuaciones específicas de la UCI Médica: actuación en ingresos, alta del paciente, traslado; actuación ante una PCR, cuidados del paciente coronario, paciente respiratorio crítico, paciente con hemofiltro.
Realización del MANUAL DE ACOGIDA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN.
Realización y distribución de encuestas para conocer el grado de necesidad/ satisfacción del MANUAL

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0120

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UCI MEDICA DEL HOPITAL CLINICO LOZANO BLESA

ELABORACIÓN DEL MANUAL COMPLETO= 100%
NÚMERO DE ENFERMERAS QUE RECIBEN EL MANUAL DE INCORPORACIÓN/ NÚMERO DE ENFERMERAS INCORPORADAS EN LA UNIDAD DESDE LA PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL X 100= 100%
NÚMERO DE ENCUESTAS CONTESTADAS SOBRE LA NECESIDAD DE REALIZACIÓN DE UN MANUAL DE ACOGIDA/ NÚMERO DE ENFERMERAS DE MENOS DE 2 AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA UNIDAD X 100= 80%.
NÚMERO DE ENCUESTAS CONTESTADAS SOBRE SATISFACCIÓN DEL MANUAL DE ACOGIDA/ NÚMERO DE ENFERMERAS DE NUEVA INCORPORACIÓN X 100=80%

DURACIÓN
Las componentes del equipo de mejora trabajarán de forma equitativa coordinados por la responsable del proyecto.
El calendario será el siguiente:

ENERO-FEBRERO-MARZO
Revisión y recopilación de las tareas de enfermería en la UNIDAD generales y por turnos de trabajo.
Recopilación de tareas específicas de enfermería en UCI.
Elaboración del borrador del Manual de Acogida.
Reuniones como mínimo mensuales del equipo de mejora.
Puesta en común.
Elaboración de las encuestas.

ABRIL
Elaboración y maquetación del Manual de acogida definitivo.
Reunión del Equipo de Mejora
Puesta en común

MAYO -DICIEMBRE
Difusión del Manual de Acogida
Reparto y recogida de encuestas.
Tratamiento de los datos de la encuesta
Reunión del equipo de Mejora

DICIEMBRE
Evaluación de las encuestas recibidas.
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 - 2019/0371

1. TÍTULO

MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN UCI

Fecha de entrada: 21/12/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL RIDRUEJO SAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZALBA ETAYO BEGOÑA
HERNANDEZ ARENAZA ANA
PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO
AMOR LOSCERTALES ALICIA
VELILLA SORIANO CARMEN
PASCUAL BIELSA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha elaborado un procedimiento titulado “Manejo de la traqueostomía en UCI” que aborda los diferentes aspectos de esta técnica y las peculiaridades propias de nuestra Unidad. Tras ser evaluado por la Unidad de Calidad,este procedimiento ha sido aprobado por la Comisión de Dirección del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa el 3 de diciembre de 2019, y en breve será colgado en la página web del Hospital para poder ser consultado por el personal sanitario del centro.

- Se han realizado dos sesiones de formación al personal sanitario del Servicio de Medicina Intensiva (médico, enfermería y auxiliares de enfermería) en los meses de noviembre y diciembre de 2018.

- Asimismo e realiza revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en UCI médica y Quirúrgica en el periodo comprendido entre 1 de febrero de 20019 y 30 de abril de 2019 y se comparan resultados con estudio descriptivo previo a este proyecto.
Se contabilizan un total de 446 pacientes ingresados en ese periodo, de los cuales 12 precisan realización de traqueotomía durante su estancia en UCI (6 percutáneas y 6 quirúrgicas). De ellos 2 (1 en UCI y otro en planta), presentaron complicaciones en relación con la traqueostomía (16,6%) que supone una tasa de complicaciones inferior a la descrita previamente a este proyecto (40,47%). En las dos ocasiones se relaccionaron con obstrucción de vía aérea por secrecciones.
9 pacientes son dados de alta a planta (4 decanulados y 5 no decanulados) permaneciendo con cánula al alta en 3 ocasiones.
Fallecieron 4 pacientes traqueotomizados durante el ingreso hospitalario (33,3%), 3 en UCI y 1 en planta. De ellos 1 había presentado complicaciones con la traqueotomía en relacción a obstrucción por secrecciones en paciente con debilidad de musculatura respiratoria con dificultad para la expectoración, que presentaba atelectasias de repetición (varios ingresos en UCI) y que finalmente fallece en planta en relacción a uno de esos episodios de insuficiencia respiratoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
indicador 1: Mejorar el conocimiento de traqueostomía--> Se han realizado 2 sesiones de formación a personal sanitario.
indicador 2: Disminuir riesgos en la atención-->
tasa de complicaciones (nºcomplic/Nºtraqueostomías)x100-->(4/12)x100= 16,6% .
(La previa al estudio actual era del 40,47%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo realizado ayuda a mejorar el conocimiento de los diferentes aspectos relacionados con la traqueostomía y puede ayudar a disminuir las complicaciones relaccionadas con ella.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/371 ========== ***

Nº de registro: 0371

Título
MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN UCI

Autores:
RIDRUEJO SAEZ RAQUEL, ZALBA ETAYO BEGOÑA, HERNANDEZ ARENAZA ANA, PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO, AMOR LOSCERTALES ALICIA, VELILLA SORIANO CARMEN, PASCUAL BIELSA ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0371

1. TÍTULO

MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN UCI

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La traqueotomía es una técnica ampliamente usada en UCI con disparidades entre los equipos médicos en términos de frecuencia, mortalidad, indicaciones, técnicas, complicaciones…
No hay pautas internacionales recientes y las pautas nacionales son raras. Además los grados de evidencia son variables, basados en literatura con estudios no homogéneos e incluso contradictorios. En ausencia de criterios claramente definidos e incuestionables, el manejo de la traqueotomía generalmente es decidido únicamente por el equipo médico a cargo del paciente.
En la práctica clínica diaria se detectan complicaciones relaccionadas con la traqueostomía, la mayoría leves, pero algunas con importante repercusión en el estado del paciente que pueden incluso ocasionar su fallecimiento. Algunas podrían evitarse con formación adecuada del personal y creación de protocolos que ayuden al manejo de esta técnica.

- Recientemente se ha realizado un pequeño estudio descriptivo a partir del la revisión de 1000 historias clínicas del año 2017 en el que se incluyen 42 traqueotomías con una tasa de complicaciones del 40,47%.
- 27 pacientes son dados de alta a planta (15 decanulados y 12 con cánula). En 6 ocasiones se produce reingreso en UCI, siendo 4 de esos casos relaccionados con problemas en la traqueostomía.
- Fallecen 16 pacientes (38,1%) traqueotomizados durante el ingreso hospitalario (15 en UCI y 1 en planta), la mayoría relaccionados con su enfermedad de base.
- 4 fallecidos habían presentado complicaciones y 3 (18,75%) de ellos fallecen en relación con problemas con la traqueostomía.

En los últimos diez años aproximadamente, la literatura médica se ha enriquecido con nuevos datos clínicos, a menudo recopilados en forma de metanálisis . En este contexto, la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) y la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) decidieron elaborar en 2018 unas directrices tituladas "Traqueotomía en la Unidad de Cuidados Intensivos". El objetivo de estas directrices es definir las indicaciones, contraindicaciones, modalidades y manejo de la traqueotomía a la luz de los datos actuales de la literatura.
Utilizando los medios que aporta la literatura y teniendo en cuenta las circunstancias propias de nuestro centro, se pretende realizar un protocolo sobre el manejo de la traqueostomía en UCI. Asimismo, realizar formación entre el personal sanitario de la Unidad (personal médico, de enfermería y auxiliares de enfermería) para mejorar el conocimiento de los diferentes aspectos relaccionados con la traqueostomía y evitar en lo posible complicaciones, con la consiguiente mejora en la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el conocimiento de los diferentes aspectos relaccionados con la traqueostomía y evitar en lo posible complicaciones, con la consiguiente mejora en la seguridad del paciente.

MÉTODO
El proyecto conlleva diferentes acciones:
- Realizar un protocolo “Manejo de Traqueostomía en UCI” en el que se incluya una revisión de los diferentes aspectos de esta técnica y las peculiaridades propias de nuestra Unidad.
- Dar formación al personal sanitario (médico, enfermería y auxiliares de enfermería)

INDICADORES
- Indicador 1: Mejorar el conocimiento de traqueostomía
Evaluación: Encuesta al personal que recibe la encuesta
- Indicador 2: Disminuir riesgos en la atención
Evaluación: Mejora de tasa de complicaciones (nº complic/Nºtraqueostomías)

Durante los meses de febrero, marzo y abril de 2019, se realizará una evaluación de las traqueostomías realizadas (complicaciones, decanulación, mortalidad…) mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en ese periodo

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0371

1. TÍTULO

MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN UCI

Fecha de inicio: Noviembre 2018 Fecha de finalización: Mayo 2019

Constitución de equipo: Noviembre 2018
Implementación de medidas (sesiones de formación y realización del protocolo. Evaluación de las traqueostomías realizadas tras lo anterior): diciembre 2018-abril 2019
Monitorización de resultados: 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 - 2019/0690

1. TÍTULO

CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CRITICO TRAS EL ALTA DE UCI QUIRURGICA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL BUSTAMANTE RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUQUE GOMEZ PILAR
VIRGOS SEÑOR BEATRIZ
ARCHE BANZO MARIA JOSE
ABANSES MORENO PAULA
HERRERO GARCIA SANDRA
MAYORDOMO GARCIA CARLOS
SANCHEZ DONOSO NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los pacientes críticos requieren un elevado nivel de cuidados que se ven interrumpidos cuando pasan a planta, y presentan características potencialmente graves que pueden motivar estancia hospitalaria prolongada, reingreso en UCI, o incluso su muerte, por lo que la atención a estos pacientes debe ser continua y óptima independientemente de donde permanezcan ingresados. Las altas no programadas, las complicaciones infecciosas y la estancia prolongada en UCI son, entre otras, causas importantes de mortalidad intrahospitalaria al alta de UCI.
En la Sección Quirúrgica del Servicio de medicina Intensiva (UCI-Q) del Hospital Lozano Blesa durante el año 2019 se identificaron antes del alta de UCI los pacientes con uno o varios de los siguientes factores de riesgo de mala evolución: Presencia de catéter venoso central (CVC), tratamiento antibiótico de amplio espectro, alta precoz o en horario nocturno forzada por necesidades asistenciales, presencia de algún fallo orgánico en evolución, portador de cánula de traqueostomía, portador de tubo torácico, resultados de pruebas solicitadas en UCI pendientes de resultados, precisión de elevado nivel de cuidados de enfermería, estancia en UCI > 7 días.
Antes del alta a planta el facultativo responsable se encargaba de registrar en una ficha los datos del paciente que cumplía alguno de los criterios de seguimiento en planta: factores de riesgo, fecha de colocación de CVC, fecha de instauración de antibióticos y fecha estimada de retirada cuando era posible. Se realizó seguimiento diario de estos pacientes durante los primeros 7 días de estancia en planta, los días laborables en turno de mañana, mediante visita del paciente y revisión de historia clínica, poniéndose en contacto con el Facultativo responsable en caso de detección de algún problema, y registrando la actividad realizada: confirmación de la estabilidad del paciente sin precisar otra actuación, participación en la decisión de LTSV, reorientación diagnóstica, intensificación o ajuste de medidas terapéuticas, seguimiento estrecho de su evolución y detección de evolución desfavorable planteando reingreso en UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Nº de pacientes dados de alta a planta de UCI-Q (excluyendo los exitus, traslados a otro hospital y las altas a plantas médicas) de 1/1/2019 a 31/12/2019: 414.
- Nº de pacientes dados alta a planta que presentan al menos un factor de riesgo para ser incluidos en este proyecto: 156 (37.6% del total)
- Porcentaje de pacientes con al menos un factor de riesgo que son seguidos posteriormente en planta: 153 (98%) Objetivo: >85%
- Factores de riesgo para presentar complicaciones en planta:
• Presencia de catéter venoso central: 122 (78,2%)
• Cirugía abdominal de alto riesgo: 83 (53.2%)
• Tratamiento antibiótico de amplio espectro: 62 (39.7%)
• Resultados de pruebas solicitadas en UCI pendientes de resultados: 43 (27.6%).
• Estancia en UCI >7 días: 39 pacientes (25%)
• Precisión de elevado nivel de cuidados de enfermería: 26 (16.7%)
• Presencia de algún fallo orgánico en evolución: 14 (9%)
• Portador de tubo torácico: 12 (7.7%)
• Alta precoz o en horario nocturno forzada por necesidades asistenciales: 5 (3.2%)
• Portador de cánula de traqueostomía: 3 (1.9%)
- Porcentaje de informes de alta en los que consta la presencia de CVC y fecha de colocación del mismo. Pacientes con CVC: 122. Constan en informe de alta: 119 (97%. Objetivo: >90%
- Porcentaje de informes de alta en los que consta la fecha de instauración de tratamiento antibiótico y duración prevista del mismo (si ello es posible).Objetivo:> 90%:
• Pacientes con tratamiento antibiótico al alta: 86 (55.1%). Consta en informe de alta la fecha de inicio de antibiótico: 80 (93%).
• Pacientes en los que se puede determinar duración de tratamiento antibiótico, exceptuando cuando no procede (74 pacientes) o no es posible (58 pacientes): 24. Consta en informe de alta la duración prevista: 17(70%).
- Descripción de las actuaciones realizadas en planta:
1) De los 153 pacientes, 112 (73.2%) permanecieron estables.
2) En 3 pacientes (2%) se decidió limitación de terapias de soporte vital (LTSV).
3) En 2 pacientes (1.3%) se procedió a reorientación diagnóstica.
4) En 15 pacientes (9.8%) se realizó ajuste del tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0690

1. TÍTULO

CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CRITICO TRAS EL ALTA DE UCI QUIRURGICA

5) En 14 pacientes (9.2%) se llevó a cabo seguimiento estrecho en planta.
6) 8 pacientes (5.2%) requirieron reingreso precoz en UCI.
- Porcentaje de los reingresos con respecto al número de reingresos que han sido detectados mediante el proyecto: Nº reingresos detectados mediante el proyecto/Nº total de reingresos. Indicador: 7/8 x 100: 87%. Objetivo: > 80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Casi el 40% de pacientes dados de alta de UCI-Quirúrgica presentan factores de riesgo de presentar complicaciones, siendo el más frecuente el ser portador de CVC. En casi la totalidad de casos se reflejó en el informe de alta la fecha de colocación, lo que permite llevar un control para prevenir la bacteriemia asociada al mismo.
- Más de la mitad de pacientes son dados de alta con tratamiento antibiótico, en casi el 40% además es de amplio espectro. En la mayoría de informes de alta constaba la fecha de inicio de tratamiento, no tanto la duración prevista, que se reflejó en el 70%, probablemente por la dificultad de establecerse en ocasiones por focos de difícil control, cultivos microbiológicos pendientes y según la evolución clínica.
- En cuanto a las actividades realizadas: el 73% de los pacientes permanecieron estables y no requirieron de otra actuación. En 15 pacientes se realizó ajuste del tratamiento, fundamentalmente la recomendación de retirada precoz del CVC y el ajuste o retirada de antibioterapia, ambas importantes para la seguridad del paciente. En 3 pacientes se decidió limitación de terapia de soporte vital de forma consensuada con el médico de la planta. En 14 pacientes se llevó a cabo un seguimiento estrecho en planta, que favoreció el reingreso precoz en UCI en 7 de los 8 pacientes que reingresaron, y no en todos ya que el seguimiento no puede hacerse en días festivos ni en ocasiones en laborables por la carga asistencial.
- Tras unos años de desarrollo de este proyecto, los objetivos se consiguen prácticamente en su totalidad, la sensibilización del personal médico que atiende a estos pacientes en controlar los factores de riesgo sobre los que se puede actuar directamente ha aumentado y el seguimiento en planta al alta de UCI permite detectar antes las complicaciones y facilitar el reingreso precoz en UCI cuando es necesario.
- Hemos percibido también la satisfacción de familiares y pacientes por el seguimiento realizado, en un momento de adaptación a los cuidados recibidos en planta de hospitalización, y que distan bastante de los que reciben en UCI.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/690 ========== ***

Nº de registro: 0690

Título
CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CRITICO TRAS EL ALTA DE UCI QUIRURGICA

Autores:
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL, LUQUE GOMEZ PILAR, VIRGOS SEÑOR BEATRIZ, ARCHE BANZO MARIA JOSE, ABANSES MORENO PAULA, HERRERO GARCIA SANDRA, MAYORDOMO GARCIA CARLOS, SANCHEZ DONOSO NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La Medicina Intensiva, entre otros, se enfrenta al reto de procurar que todo el esfuerzo terapéutico y recursos empleados durante la estancia de los pacientes en UCI comporte la recuperabilidad de los pacientes una vez dados de alta a planta. La patología que presenta el enfermo crítico se debe considerar como un proceso continuo que se se mantiene tras el alta de la UCI.

Los pacientes críticos presentan características potencialmente graves que pueden motivar desde el reingreso en UCI, hasta la muerte del paciente en la planta: polineuropatía del enfermo crítico, difícil manejo de secreciones, catéteres con riesgo de infección, antibioterapia prolongada, traqueostomías…. Por lo que el nivel de atención requerida sigue siendo elevado, y la atención proporcionada debe ser óptima independientemente de donde permanezca ingresado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0690

1. TÍTULO

CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CRITICO TRAS EL ALTA DE UCI QUIRURGICA

La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes dados de alta desde el Servicio de Medicina Intensiva se cifra entre un 5 y un 25%, dependiendo del tipo de UCI. Entre las principales razones que la originan se encuentran las altas no programadas, las complicaciones infecciosas en planta, la estancia prolongada en UCI, entre otras. Se estima que el reingreso en UCI multiplica la mortalidad de los pacientes por cuatro y su estancia hospitalaria por 2,5.
En la Sección Quirúrgica del Servicio de medicina Intensiva (UCI-Q) del Hospital Lozano Blesa instauramos en 2016 un proyecto de Calidad consistente en la identificación antes del alta de la UCI de factores de riesgo de mala evolución en planta y hacer seguimiento diario de estos pacientes durante los primeros 7 días de estancia en planta para detectar precozmente signos de alarma y en caso de precisar reingreso que éste sea precoz, lo que conlleva una mejor evolución.
Dada la buena aceptación del proyecto por parte de los facultativos tanto de UCI como de las diferentes plantas de hospitalización como de los pacientes y sus familiares, creemos necesario seguir en esta línea de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Exponer los resultados que se espera conseguir, indicar al menos los pacientes o la población diana y las intervenciones o servicios a los que se dirige el proyecto.
- Identificación antes del alta a planta de pacientes quirúrgicos con uno o varios de los siguientes factores de riesgo:
  - Presencia de catéter venoso central
  - Tratamiento antibiótico de amplio espectro
  - Alta precoz o en horario nocturno forzada por necesidades asistenciales
  - Presencia de algún fallo orgánico en evolución
  - Portador de cánula de traqueostomía
  - Portador de tubo torácico
  - Resultados de pruebas solicitadas en UCI pendientes de resultados
  - Precisión de elevado nivel de cuidados de enfermería
  - Estancia en UCI > 7 días
- Detección precoz de complicaciones en dichos pacientes para evitar el reingreso o, en su caso, que éste sea precoz.

MÉTODO
Antes del alta a planta el facultativo responsable registra en un fichero informático y abre una ficha en papel con los datos del paciente que cumple alguno de los criterios de seguimiento en planta. Cada día durante los siete primeros (excepto sábados y festivos) cualquiera de los Facultativos de la Sección visita al paciente en planta y revisa historia clínica, poniéndose en contacto con el Facultativo responsable en caso de detección de algún problema. Diariamente se registra en la base de datos y en la ficha en papel la actividad realizada.
En dos momentos del año se realizarán además encuestas de satisfacción a los pacientes atendidos

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes con al menos un factor de riesgo que son seguidos posteriormente en planta. Objetivo: > 85%
- Porcentaje de informes de alta en los que consta la presencia de CVC y fecha de colocación del mismo. Objetivo: > 90%
- Porcentaje de informes de alta en los que consta la fecha de instauración de tratamiento antibiótico y duración prevista del mismo(si ello es posible). Objetivo: > 90%
- Porcentaje de los reingresos con respecto al número de reingresos que han sido detectados mediante el proyecto. Objetivo: > 80%
- Descripción de las actuaciones realizadas en planta.

DURACIÓN
Este proyecto es continuidad del iniciado ya en 2016 y que hemos ido realizando de forma ininterrumpida. Se realiza durante todo el año, todos los días laborables. Una vez al cuatrimestre se evalúan resultados y, en caso de desviación de los objetivos, se realiza análisis para identificar barreras y formación para y corregir errores.

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 - 2019/0752

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA INDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA FUERTES SCHOTT
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DURAN MATEOS ANTONIA
RAMOS ABRIL VANESA
PEÑARANDA GARCIA EVA
SENAR ARRUEBO ANA ISABEL
SANCHEZ MONTORI LAURA
RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reunión inicial con el equipo de enfermería de la UCI para protocolizar las nuevas indicaciones de localización de las pulseras.
- Registro de las transfusiones realizadas en UCI Quirúrgica durante los meses de Mayo, Junio y Julio de 2019 recogiendo si se colocó la pulsera pretransfusional, en qué lugar se colocó la misma, si se retiró la pulsera en las primeras 48 h postransfusión, y si hubo algún efecto adverso durante la transfusión por la mala identificación del paciente.
- Análisis de los datos obtenidos en el registro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Durante dicho periodo, se realizó un total de 47 transfusiones. Se colocó pulsera en 45 de ellos.
- Respecto al lugar de colocación de las pulseras identificativas fue en un 80% de los casos en la muñeca del paciente, un 15% en el cabecero de la cama del paciente y 5% se dejó en la carpeta individual que tenemos asignado a cada paciente ingresado.
- Se retiró dicha pulsera en un periodo < 48 h en 39 pacientes (83%) y en un periodo > 48 h en 13 pacientes (27%).
- No hubo efectos adversos durante las transfusiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Tras el análisis de los resultados, se observa que la identificación de los pacientes trasfundidos en UCI es adecuada. El 4% de pacientes no identificados, se corresponde con pacientes con transfusiones de extrema urgencia que fueron excluidos del protocolo.
- Intentar minimizar la colocación de las pulseras en las carpetas asignadas a cada paciente, puesto que puede inducir a errores transfusionales al no estar correctamente identificados los pacientes.
- Un aspecto a mejorar sería la retirada de las pulseras en las primeras 48 h postrasfusional como queda recogido en el protocolo de la Comisión de Transfusiones.

7. OBSERVACIONES.
ACTIVIDADES PENDIENTES.
- Reunión con el equipo para comentar los resultados
- Desarrollar un Sistema de control de tiempos de colocación de pulseras en pacientes transfundidos.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/752 ========== ***

Nº de registro: 0752

Título
OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

Autores:
FUERTES SCHOTT CAROLINA, DURAN MATEOS ANTONIA, RAMOS ABRIL VANESA, PEÑARANDA GARCIA EVA, SENAR ARRUEBO ANA ISABEL, SANCHEZ MONTORI LAURA, RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0752

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA INDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sangrado activo que precisa transfusión de hemoderivados
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Existe en el hospital un procedimiento para la solicitud, aplicación y trazabilidad de hemoderivados, que fue realizado por la Comisión de Transfusiones en abril del 2013. En esta revisión, se incluye la necesidad de colocar una pulsera de seguridad transfusional al paciente, que lo asocie con la muestra que se va a extraer, con la solicitud previamente cumplimentada, y con el hemoderivado solicitado. Esto debería llevarse a cabo en todos los pacientes del hospital que van a recibir una transfusión.

Sin embargo, dadas las dificultades que presentan los pacientes de la UCI para colocar las pulseras de identificación y de transfusión en la muñeca (ya sea por edema, vías venosas y arteriales, vendajes…), resulta complicado cumplir este objetivo, y sólo un pequeño porcentaje de pacientes de UCI llega a tener esta pulsera en su lugar correspondiente.

RESULTADOS ESPERADOS
Por todo ello, dado que se trata de la seguridad en el manejo de hemoderivados, que en los pacientes de UCI su empleo es muy frecuente, y que además estos pacientes en la mayoría de los casos tienen un bajo nivel de consciencia, parece útil buscar una estrategia de optimización en la identificación de pacientes que van a recibirlos. Los objetivos de este proyecto son:
- Fomentar el seguimiento multidisciplinar para asegurar la correcta colocación de las pulseras transfusionales en todos los pacientes ingresados en UCI. Como única excepción a este procedimiento se recoge la solicitud de sangre de extrema urgencia.
- Evaluar y estandarizar las distintas localizaciones en las que se puede colocar la pulsera transfusional en un paciente de UCI, cuando no es posible ponerlas en la situación indicada, que sería la muñeca.
- Evitar los efectos adversos de una transfusión errónea en un receptor no identificado correctamente.

MÉTODO
- Reunión inicial con el equipo de enfermería y auxiliares de la UCI para identificar las localizaciones alternativas a la muñeca en la que se podrían colocar las pulseras transfusionales de seguridad.
- Protocolización de las nuevas indicaciones de localización de las pulseras.
- Establecimiento de varias reuniones con Enfermería y Auxiliares de la UCI para transmitir la necesidad de colocación de estas pulseras, y mostrar el nuevo protocolo que facilitará el cumplimiento de la identificación.
- Seguimiento de la puesta en marcha del nuevo protocolo.

INDICADORES
- Número de pacientes transfundidos / número de pulseras identificativas de transfusión > 99%. Excepcionalmente es posible que existan situaciones de emergencia en las que no sea posible por tiempo llegar a colocar la pulsera en su debido lugar.
- Tasa de efectos adversos transfusionales asociados a una mala identificación del paciente.

DURACIÓN
- Marzo 2019: Primer contacto y reunión tanto con Enfermería cómo con auxiliares para valorar las localizaciones alternativas a la colocación de la pulsera de seguridad transfusional en la muñeca del paciente en UCI. Concretar la duración de la colocación de la pulsera identificativa, así cómo asegurarnos de su retirada (en la guía se establece retirarla 48horas tras la transfusión si no se necesita más sangre).
- Marzo 2019: Reunión con los distintos turnos de enfermería en sesiones de 10minutos para explicar tanto la necesidad de colocación de la pulsera, cómo las alternativas propuestas a la localización en la muñeca.
- Abril 2019- Junio 2019: Seguimiento de todos los pacientes sometidos a transfusión en la UCI quirúrgica, para ver si se cumplen las normas de actuación.
- Julio 2019: Análisis de resultados. Si éste no es positivo, evaluar las causas por las que no se ha identificado al paciente correctamente con la pulsera, y plantear nuevos objetivos/localizaciones.

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 - 2019/0752

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA INDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0880

1. TÍTULO

INDICADORES DE CALIDAD EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO DENTRO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MIREIA BARCELO CASTELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORA RANGIL PATRICIA
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL
LOZANO GOMEZ HERMINIA
EDROSO JARNE PALOMA
MATUTE GUERRERO ALMUDENA
GUTIERREZ ZARATE ARACELI
PERELA MARCO ANUNCIACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para poder valorar nuestra calidad asistencial hacia el paciente neurocrítico hemos medido los 7 indicadores de calidad dirigidos al neurointensivismo, a cada unos de los pacientes ingresados en nuestra UCI con patología neuroctítica espontánea y traumática, durante el período de estudio desde Julio a Diciembre de 2019. Los 7 indicadores evaluados son:
1. Valorar la decisión de Intubación traqueal en el traumatismo craneoencefálico grave con escala Glasgow < 9 durante las primeras 24h.
2. Valorar la rapidez de la Intervención quirúrgica en el traumatismo craneoencefálico con hematoma epidural y/o subdural.
3. Monitorización de la presión intracraneal en el TCE grave con TAC patológico.
4. Medir la Mortalidad en el TCE grave.
5. Diagnóstico precoz de la HSA.
6. Administración de Nimodipino en la HSA.
7. Control precoz de la presión sistólica en el hematoma cerebral intraparenquimatoso espontáneo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados obtenidos han sido el reclutamiento de 24 pacientes de los cuales 15 ingresaron con diagnóstico de Traumatismo craneoencefálico grave (62,5% de los pacientes), 2 pacientes con Hemorragia subaracnoidea espontánea (8,3%) y 7 con Hemorragia intraparenquimatosa (29,1%).
Dentro de los pacientes ingresados con TCE grave el 100% tuvieron un Glasgow < 9, siendo todos intubados en el momento inicial de atención médica. De todos los pacientes ingresados por TCE grave, cumplieron criterios quirúrgicos el 66,6% (10 pacientes) y se les colocó sensor de PIC al 86% de ellos, cifra por debajo del estándar de calidad propuesto por la Sociedad española de Medicina Intensiva que debería de estar > 95%.
De los pacientes ingresados por hemorragia subaracnoidea espontánea, fueron diagnosticados de forma precoz mediante TC craneal el 100% de los pacientes y recibieron nimodipino desde su ingreso el 100% de los casos, desconociendo el tiempo que llevaron el tratamiento ya que tuvieron que ser derivados a UCI del HUMS de cara a embolización de aneurisma.
En los pacientes ingresados por hemorragia intraparenquimatosa precisaron tratamiento antihipertensivo el 80% de los casos, siendo instaurado en fase precoz del ingreso y con buen control de las cifras tensionales.
Por último, fallecieron el 20% de los pacientes que ingresaron con TCE grave.

Evaluando los indicadores de calidad uno a uno, hemos obtenido los siguientes resultados:
1.-Decisión de IOT en el TCE grave con Glasgow < 9 las primeras 24h
(nºTCE graves IOT/ nº TCE graves)x100=95% --> (15/15) x100: 100% CUMPLIMIENTO.
2.- Rapidez Intervención quirúrgica en TCE con hematoma epidural y/o subdural
(nºTCE con HED/HSD con HITC intervenidos < 2 horas/ nº TCE HED / HSD con HTIC e indicación quirúrgica) x 100= 100% -->(10/10) x 100= 100% CUMPLIMIENTO INDICADOR.
3.- Monitorización presión intracraneal en TCE grave con TAC patológico(nº enfermos TCE grave y TAC patológico con sensor de PIC/ nº de enfermos TCE grave con TAC patológico) x 100 = 95% --> (13/15) x100= 86,6% NO CUMPLIMIENTO INDICADOR.
4.- Mortalidad en el TCE grave (nº de TCE graves que son éxitos/ nº total de TCE graves dados de alta del SMI) x100 < 35% --> (3/15) x 100= 20% CUMPLIMIENTO INDICADOR.
5.- Diagnóstico precoz HSA (nºHSA espontánea con estudio radiológico diagnóstico antes de 24h/nºHSA espontánea ingresados)x100=90% (2/2)x100=100% CUMPLIMIENTO.
6.- Administración Nimodipino en HSA (nºHSA aneurismática con nimodipino/nºHSA aneurismática)x100=100% -->(2/2)x100= 100% CUMPLIMIENTO INDICADOR.
7.- Control precoz presión sistólica en el hematoma cerebral intraparenquimatoso espontáneo (nº HIP espontáneo e HTA con control precoz de la TAS/ nº HIP espontáneo e HTA)x100 = 80% --> (7/7)x100=100% CUMPLIMIENTO INDICADOR.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0880

1. TÍTULO

INDICADORES DE CALIDAD EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO DENTRO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ante los resultados obtenidos podemos concluir que proporcionamos una buena calidad asistencial al paciente neurocrítico, cumpliendo con todos los indicadores de calidad en el paciente neurocrítico, propuestos por la SEMICYUC, salvo el indicador de colocación del sensor de PIC en pacientes con TCE grave con TAC patológico, el cual no está en nuestras manos, si no que es una decisión del servicio de neurocirugía. Deberemos intentar consensuar, con el Servicio de Neurocirugía, monitorizar con el sensor de PIC a los pacientes con TCE grave y TAC patológico, para poder proporcionar una asistencia de calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/880 ========== ***

Nº de registro: 0880

Título
INDICADORES DE CALIDAD EN EL PACIENTE NEUROCRITICO DENTRO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Autores:
BARCELO CASTELLO MIREIA, MORA RANGIL PATRICIA, BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL, GUTIERREZ ZARATE ARACELI, PERELA MARCO ANUNCIACION, MATUTE GUTIERREZ ALMUDENA, LIZANO GOMEZ HERMINIA, EDROSO JARQUE PALOMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El objetivo de la medicina intensiva es ofrecer a los enfermos críticos una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades, de calidad y de la manera más segura posible, garantizando que sea adecuada, sostenible, ética y respetuosa con la autonomía del paciente.
La calidad asistencial ha ido paulatinamente situándose en el centro angular de la atención sanitaria, alcanzando en los últimos años un mayor protagonismo la seguridad del paciente, como una de las dimensiones clave de la calidad.
Este interés se ha ido transformando en metodología de trabajo a medida que se han ido desarrollando las herramientas que han permitido, en primer lugar, medir el nivel de calidad.
Durante los años 80 la JCAHO requirió la existencia de planes de calidad integrados implementando sistemas de monitorización y su desarrollo metodológico. Dichos sistemas de monitorización se conciben como una valoración global de todo un servicio y no sólo de las áreas de problemas que puedan detectarse. Para llevarlos a cabo es necesario definir el tipo de atención que se realiza en un determinado servicio o centro, establecer las principales
áreas de trabajo y crear indicadores que permitan medirlo. Estos indicadores se evalúan de forma periódica y permiten tener una visión de conjunto de la calidad del servicio, así como, actuar en los casos en que se presenten
desviaciones.
Durante los últimos años, la SEMICYUC ha venido realizando una intensa labor en la definición de los indicadores de calidad dentro de la Medicina Intensiva, para el cuidado del paciente crítico, siendo fundamentales a la hora de evaluar los resultados de nuestras actuaciones cotidianas en Cuidados Críticos.

RESULTADOS ESPERADOS
En la UCI Quirúrgica del HCU, se atienden a un gran número de pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0880

1. TÍTULO

INDICADORES DE CALIDAD EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO DENTRO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

con patología neurocrítica que precisan de unas actuaciones muy específicas. Con este proyecto queremos valorar nuestra calidad asistencial hacia el paciente neurocrítico, midiendo una serie de indicadores y evaluando los resultados obtenidos para ver si se cumplen con los estándares de calidad marcados por la SEMICYUC, y poder mejorar en nuestra atención al paciente neurocrítico.

MÉTODO
Para poder valorar nuestra calidad asistencial hacia el paciente neurocrítico mediremos los 7 indicadores de calidad dirigidos al neurointensivismo, a cada unos de los pacientes ingresados en nuestra UCI con patología neuroctítica,
durante el período que dure el estudio.

INDICADORES
Los indicadores que mediremos son los siguientes:
1.Valorar la decisión de Intubación traqueal en el TCE grave con Glasgow < 9
durante las primeras 24h:
(nº TCE graves intubados/nº TCE graves)x100= 95%
2.Valorar la rapidez de la Intervención quirúrgica en el TCE con hematoma epidural y/o subdural:
(nº enfermos con TCE con HED/HSD con hipertensión intracraneal intervenidos < 2 horas/nº enfermos con TCE con HED/HSD con HIC e indicación qx)x100= 100%
3.Valorar la Monitorización de la presión intracraneal en el TCE grave con TAC patológico:
(nº enfermos con TCE grave y TAC patológico monitorizado con sensor PIC/nº enfermosTCE grave con TAC patológico)x100=95%
4.- Mortalidad en TCE grave:
(nº Exitus con TCE grave/nº TCE grave dados de alta del UCI)x100< 35%
5. - Diagnóstico precoz de la HSA:
(nº HSA espontánea con TAC < 24 h/nº HSA ingresados en UCI)x100=90%
6. Administración Nimodipino en HSA:
(nº HSA aneurismática tratadas con nimodipino/nº HSA aneurismática ingresadas en UCI)x100=100%
7. Control precoz de TAS en hematoma cerebral intraparenquimatoso espontáneo (HIP):
(nº HIP espontáneo e HTA con control precoz de TAS/nº HIP espontáneos e HTA)x100=80%

DURACIÓN
La duración será desde el 1 de Abril al 31 de Diciembre del 2019.
En el mes de Abril se constituirá el equipo
De Abril a Mayo se elaborará la hoja de recogida de datos con las variables a estudio.
De junio a Diciembre se recogerán las variables a estudio.
En Diciembre se monitorizarán y evaluarán los resultados obtenidos.

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 - 2019/1004

1. TÍTULO

PROYECTO Nº 810: CESE MEDIDAS AISLAMIENTO EN MEDICINA CRITICA 2019

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARLOS LOPEZ NUÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MONTORI LAURA
PASCUAL BIELSA ANA
JIMENEZ BARTOLOME BELEN
FUERTES SCHOTT CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó seguimiento prospectivo de todos los pacientes mayores de 18 años ingresados (al menos 24 h) en el servicio de medicina intensiva del H.C.U.Z a partir del 1 de septiembre de 2018 durante tres meses hasta el 30 de noviembre de 2018.
Durante este período de tres meses se recogieron los datos correspondientes a la forma de aislar los pacientes en la tres unidades de cuidados intensivos del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza interesando tres aspectos fundamentales:

1. Aislamiento por “Resistencia Zero”(RZo)

2. Aislamiento en relación a las precauciones basadas en mecanismo de transmisión (contacto, gotas y aérea)

3. Aislamiento protector

Para ello se contó con hoja de datos individualizadas para cada unidad, creada a tal efecto

Se evaluaron los resultados correspondientes a ese periodo y se realizó una intervención formativa dirigida al staff médico y al equipo de enfermería

Posteriormente se realizó nuevo seguimiento prospectivo durante los meses de Febrero- Abril 2019 con evaluación final

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dada la ausencia en la literatura revisada de un indicador numérico que evaluará la calidad del aislamiento tal como se planteó en el estudio, se crearon tres indicadores a tal efecto que nos sirvieran de referencia:

1.Tasa adecuada de la indicación (TAI):
Nº pacientes aislados correctamente /Nº total de aislados, por 100.

2.Tasa de aislamiento adecuado global (TAAG) :
Nº pacientes con tipo de aislamiento correcto/ Nº total de aislados por 100 .

3.Tasa de duración adecuada (TDA):
Nº pacientes con duración de aislamiento adecuado/Nº total de aislados, por 100.

Resultados:

El numero de pacientes ingresados durante el periodo inicial fue de 437 pacientes (edad media 65,47, Apache II medio 10,83, relación varón : mujer de 2,4:1
Cumplieron criterio para realizar aislamiento preventivo por RZo 84 pacientes de los cuales se le realizó al 80,8%. La mediana de la duración fue de 2 días.
El porcentaje de RZo en los que el frotis fue positivo con puntuación = 2, fue del 10 % (predominio de SARM y enterobacteria BLEE)
El total de aislados por todas las causas fue de 90.
Además del aislamiento preventivo por RZo el resto de los casos se corresponden pequeño número de bacterias multirresistentes en RZ semanal, broncoaspirado, hemocultivos, aislamiento protector, sospecha de meningitis y de gripe A y cuadros diarreicos.

Los indicadores iniciales fueron:
TAI: 0,97%
TAAG: 0,98%
TDA: 0,77%

Tras el análisis de los datos iniciales se impartió una sesión clínica en la que se explicaron los resultados y se incidió en:
1.Los aislamientos inadecuados en aquellos pacientes a los que se aisla por coeficiente igual o mayor a 2 pero no se solicita frotis al ingreso por lo que se alarga y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1004

1. TÍTULO

PROYECTO Nº 810: CESE MEDIDAS AISLAMIENTO EN MEDICINA CRITICA 2019

2. En los ingresos previos a festivo o fin de semana que inevitablemente alarga los aislamientos por espera de resultado.

En el segundo periodo de estudio el numero de pacientes ingresados durante el periodo inicial fue de 431 pacientes (edad media de 65,19, Apache II medio 14,1, relación varón : mujer de 2:1 para el sexo masculino).
Cumplieron criterio para realizar aislamiento preventivo por RZo 86 pacientes de los cuales se les realizó al 94%.
La mediana de la duración fue de 2 días. El porcentaje de RZo en los que el frotis fue positivo con puntuación = 2 fue del 6 % (predominio de SARM y enterobacteria BLEE)
El total de aislados por todas las causas fue de 119.
El resto de aislamientos se correspondieron a aislamientos por gripe A, cultivos positivos para Pseudomona multirresistente, enterobacterias con carbapenemasa y SARM, además de inmunosupresión.

El motivo de ingreso por grupos en la estadística general muestra un predominio de pacientes cardiológicos 34%, quirúrgicos 17 % y respiratorio 13,6 % siendo los coronarios, insuficiencias respiratorias y cirugías urgentes los más frecuentes.

En cuanto a los pacientes con algún tipo de aislamiento son los respiratorios 26%, quirúrgicos 23% y cardiológicos 5% los grupos más frecuentes con los mismos diagnósticos específicos del grupo general, similar al corte anterior

En cuanto a los indicadores establecidos previamente en este segundocorte se obtuvieron:

TAI: 0,95%
TAAG: 0,99%
TDA: 0,92%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades realizadas nos ha permitido comprobar que más allá de tener automatizado el cálculo del coeficiente para el aislamiento de Resistencia Zero al ingreso, hay que ser conscientes de la necesidad de solicitar el frotis inmediatamente para reducir tiempos de procesado y evitar que el aislamiento sea una aumento de la carga asistencial sin beneficio añadido.

Por otra parte una vez realizado el frotis diagnóstico y a pesar de las variaciones en el plazo del resultado (festivos y fines de semana) inherentes a los recursos humanos- el tiempo medio ronda 24 a 48 h según lo pactado al inicio del programa de Resistencia Zero, hay que estar pendiente del resultado para levantar el aislamiento lo antes posible si el frotis da un resultado negativo

En relación a los aislamientos por gripe A o bacterias multirresistentes se siguió el protocolo de forma adecuada.

Respecto al aislamiento protector se reservó a tratamientos quimioterápicos, neutropenias y recién trasplantados, con buen seguimiento.

Consideramos adecuado seguir realizando cortes trimestrales en los que evaluar sobre todo los dos primeros puntos reseñados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1004 ========== ***

Nº de registro: 1004

Título
PROYECTO Nº 810: CESE MEDIDAS AISLAMIENTO EN MEDICINA CRITICA

Autores:
LOPEZ NUÑEZ CARLOS, SANCHEZ MONTORI LAURA, PASCUAL BIELSA ANA, FUERTES SCHOTT CAROLINA, JIMENEZ RIO MARIA, JIMENEZ BARTOLOME BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión (“no hacer”)
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1004

1. TÍTULO

PROYECTO Nº 810: CESE MEDIDAS AISLAMIENTO EN MEDICINA CRITICA 2019

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En los últimos años, los hospitales han asistido a un incremento en la utilización de aislamiento de pacientes para minimizar la posible diseminación de microorganismos multirresistentes en sus centros. Aparte del aumento en la estancia media, y el tratamiento y diagnósticos adicionales, el coste del aislamiento ha sido estimado en algo menos de 50 $/día por el material usado, a lo que habría que añadir el tiempo de personal, tanto del equipo de control de infección, como del personal del área donde esté ubicado el paciente.
Las medidas de aislamiento presentan otros efectos adversos valorados en carga de trabajo que inciden directamente sobre el paciente
1. Menor contacto entre sanitarios y el paciente;
2. Mayor retraso en pruebas diagnósticas y aumento de problemas no infecciosos debido a menores cuidados.
3. Mayor depresión y ansiedad en los pacientes;
4. Descenso en el nivel de satisfacción en el paciente.

Además coordinado por el Ministerio de Sanidad, la SEMI y el IACS, en abril 2013 se inició el proyecto «Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España», en el que participan 48 sociedades científicas cuyos objetivos eran disminuir la utilización de intervenciones médicas innecesarias, la variabilidad en la práctica clínica, difundir entre médicos y pacientes el compromiso con el uso adecuado de recursos sanitarios y, promover la seguridad clínica.
La SEMICYUC se comprometió a desarrollar una serie de medidas de " No hacer" y entre ellas elegimos para nuestro proyecto " No mantener las medidas de aislamiento establecidas en los pacientes con patología transmisible confirmada durante toda su estancia en UCI. Las medidas se deben mantener habitualmente mientras dura la enfermedad infecciosa o la colonización."

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal será evaluar la idoneidad de la duración del aislamiento indicado.
1. Se estudiará si el aislamiento está indicado Se clasificará el aislamiento en protector o por infección y éste a su vez, de contacto, por gotas y aéreo
2. Se valorará si el tipo de aislamiento es el adecuado. Protector, contacto, aéreo y/o gotas
3. Se seguirá el aislamiento para valorar si la duración es adecuada a la infección/inmunosupresión

MÉTODO
Se realiza seguimiento prospectivo de todos los pacientes mayores de 18 años ingresados (al menos 24 h) en el servicio de medicina intensiva del H.C.U.Z a partir del 1 de septiembre de 2018 durante tres meses hasta el 30 de noviembre de 2018.
Para ello se contará con hoja de datos individualizadas para cada unidad
Se evaluarán los resultados correspondientes a ese periodo y se realizará una intervención formativa dirigida al staff médico y al equipo de enfermería
Nuevo seguimiento prospectivo durante los meses de Febrero- Abril 2019.
Valorar los resultados y conclusiones finales.

INDICADORES
Tasa adecuada de la indicación (TAI): Nº pacientes aislados correctamente /Nº total de aislados, por 100
Tasa de aislamiento adecuado global (TAAG) : Nº pacientes con tipo de aislamiento correcto/ Nº total de aislados, por 100
Tasa de duración adecuada (TDA): Nº pacientes con duración de aislamiento adecuado/Nª total de aislados, por 100

DURACIÓN
Durante el período de tres meses desde el 1 de septiembre al 30 de noviembre de 2018 se han recogido los datos correspondientes a la forma de aislar los pacientes en la tres unidades de cuidados intensivos del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza interesando tres aspectos fundamentales:
1. Aislamiento por “Resistencia Zero”(RZo)
2. Aislamiento en relación a las precauciones basadas en mecanismo de trnasmisión (contacto, gotas y aérea)
3. Aislamiento protector

El numero de pacientes ingresados durante el periodo correspondió a 437 pacientes (edad media 65,47, Apache II medio 10,83 relación varón : mujer 2,4:1 Cumplieron criterio para realizar aislamiento preventivo por RZo 84 pacientes de los cuales se le realizó al 80,8%. La mediana de la duración fue de 2 días. El porcentaje de RZo en los que el frotis fue positivo con puntuación = 2 fue de 20 % (predominio de SARM y enterobacteria BLEE) El total de aislados por todas las causas fue de 90. Además del aislamiento preventivo por RZo el resto de los casos se corresponden pequeño número de bacterias multirresistentes en RZ semanal, broncoaspirado, hemocultivos, aislamiento protector, sospecha de meningitis y de gripe A y cuadros diarreicos.

Los indicadores han sido:
TAI: 0,97%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1004

1. TÍTULO

PROYECTO Nº 810: CESE MEDIDAS AISLAMIENTO EN MEDICINA CRITICA 2019

```
TAAG: 0,98%
TDA: 0,77%


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 - 2019/1256

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA EL TCAE EN LA UCI-MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL EZQUERRA BIESCAS
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ GOMEZ SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Según el cronograma, se realizaron reuniones bimensuales del equipo de mejora.

Durante Abril y Mayo del 2019, se llevó a cabo una puesta en común con el equipo de supervisión de las principales necesidades de formación del personal TCAE de nueva incorporación en la unidad para desarrollar el manual.
De Junio a Agosto de 2019 se elaboró el procedimiento el "MANUAL DE ACOGIDA PARA EL TCAE EN LA UCI-MEDICA".

En septiembre se maqueto el manual y se fue dando a cada persona de nueva acogida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración del Manual de Acogida para TCAE de nueva incorporación en UCI Médica.
Repartido en el total de personas de nueva acogida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La rotación del personal, la complejidad y tecnificación de los cuidados del paciente crítico hace necesario dotar de herramientas al personal de nueva incorporación en la unidad.

El manual ayuda a orientarse a los nuevos TCAEs en la unidad, planifica las tareas principales en función del turno y explica las técnicas más habituales.

Es importante que los TCAEs tengan claro que es una primera toma de contacto y que el control y manejo de la misma requiere de tiempo y dedicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1256 ========== ***

Nº de registro: 1256

Título
MANUAL DE ACOGIDA PARA EL TCAE EN LA UCI-MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:
EZQUERRA BIESCAS JOSE MIGUEL, IBAÑEZ GOMEZ SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Toda patología tratada en UCI
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El trabajo diario del TCAE (Técnico de Cuidados Auxiliares en Enfermería) en una UCI es una pieza esencial dentro del equipo multidisciplinar. No es un trabajo fácil. De hecho, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se caracteriza por ser el área hospitalaria donde se trabaja con mayor presión y bajo los mayores índices de estrés.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1256

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA EL TCAE EN LA UCI-MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

La llegada de personal de nueva incorporación a una UCI siempre es estresante, por la complejidad del paciente, por la rapidez que precisan las intervenciones, por la diversidad de técnicas y multitud de aparataje con el cual no se suele estar familiarizado.
Por todo ello, parece pertinente la elaboración de un manual de acogida donde se explique el funcionamiento habitual de la unidad durante los diferentes turnos de trabajo.

RESULTADOS ESPERADOS
.Disminuir la ansiedad de las personas de nueva incorporación en una unidad de cuidados intensivos.
.Ampliar el conocimiento de todos los cuidados y actividades que el TCAE realiza en una UCI.
.Reducir la variabilidad clínica en los cuidados de los pacientes críticos y mejorar su seguridad.

MÉTODO
.Revisión bibliográfica de documentación acerca del proyecto.
.Reuniones bimensuales de equipo.
.Elaboración de documentos y puesta en común en las diferentes reuniones.
.Elaboración de un manual.
.Elaboración de una encuesta para valorar el manual.
.Disfusión del manual.

INDICADORES
Disfusión del manual= Nº de manuales repartidos/ Nº de personal de nueva acogida en la unidad *100. Estándar previsto 80%.
Grado de satisfación= Grado de utilidades encuesta * 100. Estándar 75%.

DURACIÓN
.Las actividades serán realizadas de manera equitativa por todas las partes del equipo.
.Revisión bibliográfica. Abril 2019
.Reuniones bimensuales.
.Elaboración de documentos y puesta en común en las diferentes reuniones. Abril-Mayo 2019.
.Elaboración de un manual. Mayo-Junio 2019.
.Elaboración de una encuesta para valorar el manual. Junio 2019
.Disfusión del manual. Junio-Septiembre 2019.
.Difusión encuestas. Junio-Septiembre 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 - 2019/1279

1. TÍTULO

DA A TU PACIENTE UN "FAST HUG"

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA MORA RANGIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARCELO CASTELLO MIREIA
JIMENEZ BARTOLOME BELEN
SANCHEZ MONTORI LAURA
RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN
ASIN CORROCHANO MARTA OLGA
OCABO BUIL PAULA
MATUTE GUERRERO ALMUDENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad realizada es cumplimentar un check-list durante la sesión clínica, en éste se incluyen 7 ítems importantes en el tratamiento del paciente crítico (alimentación, analgesia, sedación, tromboprofilaxis, elevación de cabecero en el paciente ventilado, profilaxis de úlceras de estrés, glucemia). Si bien cierto que no engloba la totalidad del tratamiento del paciente crítico, incluye 7 puntos de importancia que pueden pasar inadvertidos puesto que el tratamiento del paciente crítico es dinámico y complejo, es ejemplo la tromboprofilaxis con heparina, inicialmente puede estar contraindicada y deberá incluirse en el tratamiento en los días sucesivos.

Se inició el proyecto en Abril de 2019 mediante el diseño del check-list y la información al personal de la UCI-quirúrgica de la realización de éste. La recogida de datos se realizarón entre mayo-septiembre de 2019. Incluyendo un total de 114 tratamientos.

Los recursos empleados han sido mínimos, incluyendo un check-list, la revisión del tratamiento en el programa de trabajo de la UCI (ICIP) y preguntas sobre el tratamiento al facultativo responsable de cada paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados obtenidos indican que se ha detectado posibles mejorías en el tratamiento y/o medidas generales del tratamiento, tras la comprobación con el check-list FAST-HUG en un total de 26 de 114 tratamientos, correspondiendo a un 22.80%. De los detectados, se han efectuado cambios tras la comprobación en un 82.14%.

De los ítems valorados, se ha detectado mayor posibilidad de mejoría de tratamiento en la pauta para la profilaxis de úlcera de estrés (adecuando la posología al protocolo hospitalario) y en la tromboprofilaxis (HBPM) con un 30.77% cada ítem. Seguidos de un 23.07% en el caso del cabecero a 30º, 11.53% en la insulina y 3.84% en el caso de la nutrición.

Hay que recalcar que se incluye como mejoría de tratamiento el hecho de no haber incluido la medida o el fármaco en el tratamiento, el hecho que no se ajusten las dosis a las pautas del protocolo hospitatalario, o bien, que exista sobredosificación (como es el caso de la sedación).

El standard con los que se compara nuestras cifras son los publicados por la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en el año 2017.

INDICADOR RESULTADOS OBTENIDOS
A. Feeding
1.(No de enfermos con NE e inicio precoz/No enfermos con NE)x100 1 [84 /92]*100)= 91.30%
Estándar 100%

2.(No enfermos con indicación de NP/ No total enfermos que necesitan nutrición artificial) x100 2.[14/18]*100= 77.78%
Estándar 100%

B. Analgesia

1. (No enfermos con analgesia continua adecuada/no enfermos con necesidad de analgesia) x100. 1. [99/114]*100= 86.84%

C. Sedación
1. (No enfermos con sedación continua adecuada/No enfermos con sedación) x100 1. [27/37]*100= 72.97%
Estándar 85%

D. Tromboprofilaxis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1279

1. TÍTULO

DA A TU PACIENTE UN "FAST HUG"

1. (no pacientes con medidas antiTVP/ 1. [99/116]*100= 85.34%
no pacientes con indicación de tromboprofilaxis)x 100
Estándar 90%

E. Cabecero >20º:

1. (VMI con cabecero>20º/Pacientes en VMI) x100 1. [45/51]*100= 88.24%
Estándar >90%

E. Profilaxi úlcera estrés:
1. (No pacientes que reciben profilaxis úlcera stress/ 1. [115/116]*100= 99.14%
No pacientes que deben recibir profilaxis úlcera stress) x100
Estándar 100% * [115/116]*100= 99.14%

F. Glucose control:
1. (No enfermos con glucemia>150 mg/dl y en tto con insulina/ 1.[24/24]*100= 100%
No enfermos con glucemia > 150 mg/dl) x100
Estándar 80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de que se ponen todos los esfuerzos para el tratamiento óptimo de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Intensiva, ante la complejidad de los tratamientos y el dinamismo de la evolución del paciente con frecuentes cambios de situación clínica, no es de extrañar que puedan darse tratamientos subóptimos.

Ante ello es necesario incluir técnicas para minimizar este riesgo. Es el caso de los check-list. Con una simple revisión del tratamiento mediante comprobación de ítems con el check list se pueden detectar fallos.
Con los datos recogidos con en el proyecto "DA A TU PACIENTE UN FASTHUG" se ha objetivado que hasta un 22.80% de los tratamientos pueden ser optimizados.

El proyecto es fácilmente reproducible, simplemente hay que asociar esta valoración en el pase clínico de los pacientes de manera diaria, y realizarlo de manera rutinaria.

En relación a los aspectos del proyecto pendientes, ha quedado la inclusión de éste en el pase clínico de manera diaria, tanto en la UCI-quirúrgica como en el resto de UCis.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1279 ========== ***

Nº de registro: 1279

Título
DA A TU PACIENTE UN “FAST-HUG"

Autores:
MORA RANGIL PATRICIA, BARCELO CASTELLO MIREIA, JIMENEZ BARTOLOME BELEN, SANCHEZ MONTORI LAURA, RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN, ASIN CORROCHANO MARTA, OCABO BUIL PAULA, MATUTE GUERRERO ALMUDENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
De manera continua se realizan esfuerzos para mejorar la calidad asistencial del paciente crítico en las UCIs, a pesar de ello aparecen errores médicos. La realización de sesiones clínicas y la utilización de protocolos y check-list disminuyen su incidencia.
Puede suceder que nos preguntemos cómo un paciente al tercer o cuarto día de ingreso no haya recibido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1279

1. TÍTULO

DA A TU PACIENTE UN "FAST HUG"

heparina profiláctica si no existe contraindicación para ello. La realización de check-list rutinarios puede disminuir la incidencia de estos sucesos.

En este contexto aparece el “FAST-HUG”, una regla nemotécnica simple y corta que realza algunos aspectos claves del paciente crítico. Ésta se debería aplicar, en forma de check-list, por lo menos una vez al día.
En ella se incluye:
1. F (Fedding/ Alimentación): La malnutrición aumenta el número de complicaciones y otorga peor pronóstico a los pacientes.
Preguntas a realizarnos. ¿Puede tolerar dieta oral? Si no, ¿Puede tolerar nutrición enteral? Si no es posible, ¿Deberíamos iniciar nutrición parenteral?
2. A (Analgesia):El dolor puede producir alteraciones físicas y psíquicas. Debemos asegurar que nuestro paciente recibe analgesia en dosis adecuadas y evitar la sobredosificación.
3. S (Sedation/Sedación):Valorar el nivel de sedación adecuado mediante la escala RASS (Richmond agitation-sedation scale) y el fármaco adecuado, la situación clínica del paciente y establecer la dosis óptima, evitando la sobredosificación.
4. T (Thromboembolic profilaxys):Valorar el inicio de heparina a dosis profilácticas o inicio de dispositivos mecánicos para evitar la trombosis venosa profunda, en función de la situación clínica del paciente.
5. H (Head of the bed elevated/ Elevación cabecero):Mantener cabecero entre 30-45º, excepto en contraindicación, para disminución de incidencia de neumonía nosocomial.
6.G (Glucose control/control glucémico): Mantener rango de glucemia <150 mg/dl mg/dl, optimizando la pauta de insulina.

Por tanto, a pesar que el FAST-HUG no incluye todas las variables importantes en los pacientes críticos, incluye siete de gran importancia que se pueden aplicar a todo paciente crítico de manera independiente a su patología y por parte del personal de enfermería y médico. Es fácil y sencillo de aplicar en forma de check-list diario, de esta manera, aspectos esenciales del paciente crítico pueden revalorarse a diario y evitar olvidos terapéuticos

RESULTADOS ESPERADOS
- Optimización de los tratamientos en el paciente crítico.
- Aumentar la seguridad en el paciente crítico.
- Mejorar la calidad asistencial.
- Mejorar la dinámica de trabajo.
- Cumplir los indicadores de calidad en relación a las variables del “FAST-HUG” recomendados por la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) 2017.
- Implicar a todo el staff (médico y enfermería) en la vigilancia del tratamiento

MÉTODO
* Realización de un documento en formato check-list con las variables del FAST-HUG, por cada variable valoración de si se ha iniciado el tratamiento en el momento de la comprobación y si su “no inicio” es adecuado a la situación clínica del paciente.
* Revisión de las indicaciones, en las últimas guía clínicas, de inicio del tratamiento de cada variable en función de los grandes grupos de pacientes (neurológico, neuroquirúrgico, postquirúrgico, traumatizado, médico).
*Reuniones con el personal sanitario de la UCI-quirúrgica para explicación del proyecto
* Comprobación en la sesión clínica de las 13h del check-list FAST-HUG para optimización del tratamiento médico.

INDICADORES
Indicadores de calidad extraídos de los indicadores de calidad en paciente crítico publicados por SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias) en el año 2017.

-* Fedding:
*(Nº de enfermos con NE e inicio precoz/Nº enfermos con NE)x100
* (Nº enfermos con indicación de NP/ Nº total de enfermos que necesitan nutrición artificial) x100

- Analgesia:
*(Nº enfermos con analgesia continua adecuada/nº enfermos con necesidad de analgesia)x100.

- Sedation:
* (Nº enfermos con sedación continua adecuada/Nº enfermos con sedación)x100
* (Nº días en ventilación mecánica con nivel sedación>objetivo que se interrumpe sedación/ Nº días con nivel sedación > objetivo)x100

- Thromboembolic profilaxys :
*(nº pacientes con medidas antiTVP/nº pacientes con indicación de tromboprofilaxis)x 100

- Head of the bed elevated:
*(Nº días en VMI y posición igual o superior a 20º/Nº de días de VM invasiva)x100

- Ulcer profilaxi:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1279

1. TÍTULO

DA A TU PACIENTE UN "FAST HUG"

* (Nº pacientes que reciben profilaxis úlcera stress/Nº pacientes que deben recibir profilaxis úlcera stress)x100

- Glucose control:
* (Nº enfermos con glucemia>150 mg/dl y en tto con insulina/Nº enfermos con glucemia > 150 mg/dl)x100

DURACIÓN
- Abril 2019:
*Búsqueda de indicaciones clínicas, índices y estándares de calidad de cada variable.
*Realización de documento con las indicaciones de tratamiento de cada variable y confección de check-list del protocolo FAST-HUG.
* Formación personal UCI-quirúrgica.
*Inicio de recogida de datos.
- PERIODO RECOGIDA DE DATOS: ABRIL 2019-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 - 2019/0665

1. TÍTULO

EMPLEO DE SUERO SALINO HIPERTONICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JORGE RUBIO GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CEBOLLADA DEL HOYO JESUS
SANCHEZ MARTELES MARTA
PEREZ CALVO JUAN IGNACIO
GARCES HORNA VANESA
JOSA LAORDEN CLAUDIA
CADARSO VISCASILLAS ANA
ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la puesta en marcha del plan de mejora, se impartió la correspondiente sesión divulgativa dentro del programa de formación de Medicina Interna del servicio durante el pasado mes de octubre de 2019, donde se explicaron los objetivos del plan de mejora, realizando una revisión bibliográfica acerca del uso de suero salino hipertónico (SSH) en pacientes con insuficiencia cardíaca y los diferentes protocolos avalados por las sociedades científicas en ese momento (Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y Sociedad Española de Cardiología (SEC)).
Tras dicha sesión, se diseñó una base de datos informatizada (SPSS) a cargo del responsable principal del proyecto, donde se recogieron de manera prospectiva y anónima aquellos pacientes que recibieron tratamiento con suero salino hipertónico en el contexto de un cuadro de insuficiencia cardíaca aguda/ subaguda, ya fuese durante la hospitalización, o durante su estancia en el Hospital de Día del Crónico complejo de Medicina Interna (Planta 13). Dicho registro fue creado únicamente con el fin de poder proporcionar información a la administración tras finalizar dicho plan de mejora.
Por último, se contactó con la enfermería del hospital de día del paciente crónico complejo, con el fin de protocolizar la preparación de la dilución de suero salino hipertónico y homogeneizar, en la medida de lo posible, y siempre bajo supervisión del facultativo responsable, el tratamiento endovenoso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde la realización de la sesión de servicio y la puesta en marcha del plan de mejora en octubre de 2019, se han registrado un total de 11 tratamientos de “novo” con SSH en 11 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca.
Cinco tratamientos (45,5%), fueron realizados durante la hospitalización de los pacientes por insuficiencia cardíaca aguda y ante la persistencia de síntomas congestivos francos. Todos los pacientes habían recibido terapia previa con furosemida endovenosa. El resto de tratamientos con SSH, (6 [54,5%]), fueron tratamientos ambulatorios, administrados en el hospital de día del paciente crónico complejo de Medicina Interna, previa realización de analítica sanguínea y una vez comprobado el estado de la salud del paciente por un F.E.A. de Medicina Interna.
La edad media de los pacientes tratados, fue de 78,0 ± 8,4 años, siendo un 63,7% hombres y un 36,4% mujeres. Todos los pacientes habían presentado un ingreso previo por insuficiencia cardíaca congestiva y se encontraban en clase funcional avanzada de la NYHA (III-IV), con concentraciones elevadas de péptidos natriuréticos previa a la infusión del tratamiento (Mediana 3669 pg/mL (2317 – 9396). Entre las principales comorbilidades se encontraban: Hipertensión arterial (72,7%), Dislipemia (90,9%), Diabetes mellitus (45,5%), Fibrilación auricular (90,9%), Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (45,5%), Enfermedad renal crónica (63,6%) y Cardiopatía isquémica (36,4%).

En cuanto a los parámetros ecocardiográficos, la fracción de eyección ventricular izquierda media fue de 58,7 ± 6,6 %, con una presión arterial pulmonar estimada media de 55,9 ± 16,4 mmHg, lo que cual traduce de manera indirecta que se trataba de pacientes con cardiopatías estructurales avanzadas.
La dosificación del suero salino hipertónico se realizó en base a la natremia previa del paciente (mediana 139 mmol/L (138 – 142), y la mediana de diurético endovenoso administrada fue de 250 mg, dosis que coincide con la recomendada por la bibliografía. Cabe destacar que no se detectaron efectos secundarios graves tras la infusión de terapia con suero salino hipertónico, únicamente se detectó un caso leve de hipopotasemia, efecto secundario descrito en todos los documentos de consenso publicados, y que requirió tratamiento con potasio oral, no existiendo repercusión clínica para el paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la aplicación de dicho programa de mejora, podemos concluir que:
1) Todos los pacientes que recibieron tratamiento con dicha terapia eran pacientes con múltiples comorbilidades y con cardiopatías avanzadas.
2) Se ha homogeneizado el tratamiento con suero salino hipertónico.
3) Los diferentes equipos de enfermería han aprendido a manejar dicho tratamiento.
4) La administración de SSH en el H de día evita ingresos en pacientes congestivos con una tasa de reingresos elevadas, por lo que probablemente es una medida coste-eficaz

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0665

1. TÍTULO

EMPLEO DE SUERO SALINO HIPERTONICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN MEDICINA INTERNA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/665 ========== ***

Nº de registro: 0665

Título
EMPLEO DE SUERO SALINO HIPERTONICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN MEDICINA INTERNA

Autores:
RUBIO GRACIA JORGE, SANCHEZ MARTELES MARTA, PEREZ CALVO JUAN IGNACIO, GARCES HORNA VANESA, JOSA LAORDEN CLAUDIA, CEBOLLADA DEL HOYO JESUS, CADARSO VISCASILLAS ANA, ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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
La insuficiencia cardíaca (IC) supone un importante volumen de ingresos hospitalarios a lo largo del año, con un crecimiento exponencial debido al progresivo envejecimiento de la población, la existencia de fármacos que han demostrado mejorar la supervivencia y la mejora de la asistencia sanitaria. Esta situación ha hecho que existan determinados casos en los cuales se presenta un estado de insuficiencia cardíaca refractaria definida como:
• Síntomas de IC grave con disnea y/o astenia en reposo o con esfuerzo mínimo (Clase funcional de la NYHA III-IV)
• Episodios de congestión pulmonar y/o sistémica, y/o gasto cardíaco reducido en reposo (hipoperfusión periférica)
• Datos objetivos de disfunción cardíaca grave caracterizada por, al menos, uno de los siguientes:
o FEVI< 30%
o Patrón de flujo transmitral pseudonormal o restrictivo
• Concentración de péptidos natriuréticos elevados
• Disminución marcada de la capacidad funcional caracterizada por, al menos, uno de los siguientes:
o Incapacidad para realizar ejercicio
o Distancia caminada en test de la marcha de 6 minutos = 300 mts.
• Historia de una o más hospitalizaciones por IC en los últimos 6 meses.
• Optimización del tratamiento farmacológico y no farmacológico, incluyendo la terapia de re-sincronización cuando se encuentre indicada.
Por todo ello, se han establecido nuevas estrategias terapéuticas, destinadas a intentar revertir dicha situación. Una de ellas es el empleo de suero salino hipertónico (SSH) junto con diuréticos. Debido a la novedad de este tratamiento, y la ausencia de unas recomendaciones específicas para su uso en nuestro hospital, consideramos oportuno poner en marcha un plan de mejora destinado a dicho fin.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Realizar formación entre los facultativos especialistas de área acerca de las indicaciones para la prescripción de suero salino hipertónico en los pacientes con IC.
2. Realizar y facilitar una estandarización del uso de suero salino hipertónico en el hospital de día del crónico complejo del servicio de Medicina Interna del H.C.U. “Lozano Blesa” de Zaragoza.
3. Estructurar su prescripción a través de las herramientas disponibles (Farmatools, Unidosis…) estableciendo un protocolo prefijado.

MÉTODO
Actividad divulgativa de dicho plan entre los distintos profesionales implicados, así como una actualización bibiliográfica sobre las indicaciones y uso del suero salino hipertónico en los pacientes con IC.
Reuniones trimestrales de los miembros de este plan de calidad a fin de supervisar la administración de suero salino hipertónico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0665

1. TÍTULO

EMPLEO DE SUERO SALINO HIPERTONICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN MEDICINA INTERNA

Diseño de un algoritmo de uso para la correcta administración del fármaco
Redacción de un protocolo en farmatools para su prescripción.
Recogida en una base datos informática con el fin de poder realizar análisis estadístico.

INDICADORES
Ejecución de sesión clínica acerca del uso del S.S.H. y su importancia en los pacientes con IC, incluido en el programa de formación de atención continuada de medicina interna del HCU "Lozano Blesa" a lo largo de los próximos 12 meses.
Elaboración de una estadística con los datos obtenidos de la aplicación farmatools.
Actualización de la bibliografía existente sobre el tema mediante los recursos online.

DURACIÓN
Marzo y Abril 2019: puesta en marcha del plan de proyecto de mejora.
- Diseño de los algoritmos y material divulgativo
- Programación de sesión clínica
- Protocolización de farmatools

Mayo 2019 a Febrero de 2020
- Ejecución de la sesión clínica
- Uso de los protocolos y puesta en marcha

Febrero a Marzo de 2020: análisis 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 - 2019/0766

1. TÍTULO

EMPLEO DE HIERRO ENDOVENOSO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA SANCHEZ MARTELES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO GRACIA JORGE
GRACES HORNA VANESA
JOSA LAORDEN CLAUDIA
RUIZ LAIGLESIA FERNANDO
SAMPERIZ LEGARRE PILAR
CADARSO VISCASILLAS ANA
PEREZ CALVO JUAN IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la autorización del presente plan de mejora se diseñó en primer lugar un protocolo específico de prescripción de hierro carboximaltosa con las dosis disponibles en mercado para la prescripción en la Unidad de pacientes Crónico Complejos (UPCC) del servicio de Medicina Interna.

Además se realizó una revisión bibliográfica y basándose en ella y en los consensos nacionales e internacionales acerca de la prescripción de hierro endovenoso de las sociedades científicas de Cardiología y de Medicina Interna. Con ello, se diseñó en primer lugar un algoritmo para facilitar la identificación y diagnóstico de los pacientes con déficit funcional de hierro IC (con o sin anemia) y en segundo lugar tablas específicas con el fin de adecuar la dosis y la administración de hierro en función de la existencia o no de dicho déficit. Los documentos elaborados se adjuntan en el apartado de resultados conseguidos.

Por otro lado, se programó y realizó una sesión clínica en el servicio de Medicina Interna, divulgativa con una actualización bibliográfica acerca de la situación actual del déficit funcional de hierro y la anemia estos pacientes. Se desglosaron sus implicaciones, se actualizó el diagnóstico de acuerdo a los últimos consensos y asimismo se explicó el presente programa de mejora, los protocolos existentes y se suministró el material de apoyo elaborado que se ha descrito anteriormente.

De forma paralela, se ha realizado un registro de los pacientes a los que se administraba hierro carboximaltosa en la Unidad de paciente crónico complejo, desglosando la indicación de acuerdo a los datos que los distintos facultativos registraban en la historia clínica electrónica.

A partir de los datos registrados y de los datos suministrados por el servicio de farmacia de nuestro centro, se ha realizado un análisis de los datos y resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Formación y sensibilización de los Facultativos Especialistas de Área en medicina Interna para la adecuada prescripción de hierro endovenoso en los pacientes con IC
2. Elaboración de material de apoyo para la prescripción: en formato pdf y en papel
3. Elaboración de protocolo específico para la administración de hierro endovenoso en la Unidad de paciente crónico complejo del servicio de Medicina Interna general y en el programa farmatools.
4. Análisis de datos: se han analizado datos desde Febrero de 2019 a mitad de Enero de 2020. A lo largo de ese periodo, en la Unidad de paciente crónico complejo (UPCC) se han administrado un total de 151 dosis de hierro carboximaltosa. De ellas, 43 (28,48%) correspondieron a pacientes con insuficiencia cardiaca que tenían anemia y/o déficit funcional de hierro asociado e indicación de administración.
La administración de todos ellos siguió el protocolo de administración, sin que se registrasen incidencias.
En estos 43 pacientes se comprobó la existencia de registró de diagnóstico a través de la historia clínica electrónica y del registro que el presente programa de mejora había puesto en marcha.
Se solicitó asimismo, datos obtenidos a través del programa farmatools. En dicho programa constaban sólo 17 pacientes con administración de hierro carboximaltosa e IC (39,5% del total de los pacientes antes descritos).
Por tanto, se ha constatado una deficiencia en la cumplimentación de la pestaña de diagnóstico. No fue así, sin embargo, en el uso de la pestaña para protocolo de hierro iv que se utilizó en el 100% de los casos.
La reciente puesta en marcha de la historia clínica electrónica en paralelo a la prescripción de farmatools, ha podido influir en las dificultades para identificar adecuadamente a los pacientes con IC y déficit funcional de hierro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Se ha actualizado y homogeneizado el tratamiento con hierro endovenoso en pacientes con insuficiencia cardiaca en la UPCC.
2. Se ha protocolizado adecuadamente su prescripción y administración en los programas farmacéuticos y por parte de enfermería sin complicaciones.
3. Existe una necesidad de mejora en el registro del diagnóstico de IC en el programa de prescripción farmatools.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0766

1. TÍTULO

EMPLEO DE HIERRO ENDOVENOSO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN MEDICINA INTERNA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/766 ========== ***

Nº de registro: 0766

Título
EMPLEO DE HIERRO ENDOVENOSO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

Autores:
SANCHEZ MARTELES MARTA, RUBIO GRACIA JORGE, GARCES HORNA VANESA, JOSA LAORDEN CLAUDIA, RUIZ LAIGLESIA FERNANDO, SAMPERIZ LEGARRE PILAR, CADARSO VISCASILLAS ANA, PEREZ CALVO JUAN IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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
El déficit funcional de hierro (DFH) se presenta aproximadamente en el 50% de los pacientes que presentan insuficiencia cardíaca (IC). Durante los últimos años, varios estudios han demostrado que la corrección de dicho déficit, produce una mejoría significativa de los pacientes con IC en términos de reingresos, mortalidad y calidad de vida. Por todo ello, las guías europeas y americanas recomiendan detectar y tratar el DFH (Nivel de evidencia IIa, grado de recomendación A).
La detección precoz y el tratamiento del DFH, conlleva la necesidad de una organización específica de los recursos necesarios para tratar dicha entidad.
Coincidiendo con la puesta en marcha de la Unidad de paciente crónico complejo con Hospital de día asociado del servicio de Medicina Interna del H.C.U. "Lozano Blesa" de Zaragoza, sería necesaria la realización de un plan de mejora, que permita optimizar los recursos disponibles y estandarizar el tratamiento del DFH con hierro endovenoso en pacientes con Insuficiencia Cardiaca en el hospital de día y en la hospitalización convencional.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Realizar formación entre los facultativos especialistas de área acerca de las indicaciones para la prescripción de hierro endovenoso en los pacientes con IC.
2- Realizar y facilitar una estandarización del uso de hierro endovenoso en el hospital de día de la Unidad del paciente Crónico Complejo del servicio de Medicina Interna del H.C.U. "Lozano Blesa" de Zaragoza.
3- Estructurar su prescripción a través de las herramientas disponibles (Farmatools, Unidosis…) estableciendo un protocolo prefijado.

MÉTODO
Con el fin de conseguir los objetivos arriba indicados se realizarían:
1) Actividad divulgativa de dicho plan entre los distintos profesionales implicados, así como una actualización bibliográfica sobre las indicaciones y uso del hierro endovenoso en los pacientes con IC.
2) Se realizará material de apoyo con algoritmos de uso y tablas (según peso y dosis de fármaco) para la correcta administración del fármaco
3) Redacción de un protocolo en farmatools para su prescripción en el Hospital de día Crónico Complejo.
4) Reuniones periódicas de los miembros del grupo para supervisar la correcta ejecución de los distintos objetivos planteados en el presente plan de mejora.

INDICADORES
Ejecución de sesión clínica acerca del uso del hierro y su importancia en los pacientes con IC, incluido en el programa de formación de atención continuada de medicina interna del HCU "Lozano Blesa" a lo largo de los próximos 12 meses.
Elaboración del material de apoyo con algoritmos y tablas adecuados a la prescripción.
Cuantificación de la prescripción en el Hospital de día de la Unidad del paciente crónico complejo de hierro endovenoso en pacientes con IC y la proporción de ellos en relación al total de las prescripciones de hierro endovenoso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0766

1. TÍTULO

EMPLEO DE HIERRO ENDOVENOSO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN MEDICINA INTERNA

Elaboración de una estadística con los datos obtenidos de la aplicación farmatools.

DURACIÓN
Marzo y Abril 2019: puesta en marcha del plan de proyecto de mejora.
- Diseño de los algoritmos y material divulgativo
- Programación de sesión clínica
- Protocolización de farmatools

Mayo 2019 a Febrero de 2020
- Ejecución de la sesión clínica
- Uso de los protocolos y puesta en marcha

Febrero a Marzo de 2020: análisis 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 - 2019/0829

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO RUIZ LAIGLESIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIRON FORCANO GEMMA
CADARSO VISCASILLAS ANA
ESPUELAS MONGE MARIA
ESQUILLOR RODRIGO MARIA JOSE
MARIN BALLVE ADELA
GRACIA TELLO BORJA
ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A finales de febrero de 2019 se puso en marcha el Hospital de Día del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". (HDMI). Se ubicó en las habitaciones 1301 y 1317, sustituyendo 4 camas por 4 sillones eléctricos con ruedas, de altura variable. Quedó adscrito a la unidad C de dicho servicio. Se adjudicó un puesto de enfermería destinado al HDMI.
Las actividades previas a su puesta en marcha fueron:
- Equipar de material médico y hostelería
- Proveer material informático y comunicaciones
- Crear agendas y centro de gasto
- Implantar la prescripción electrónica para pacientes ambulantes.
- Informar y coordinarse con los servicios de Radiología y Laboratorio
- Difundir dl HDMI entre los facultativos de medicina interna.

De febrero al 31 de diciembre de 2019 se cumplimentaron 619 citas para administración de tratamientos, valoración clínica o ambos; 38 fueron en pacientes incluidos en el programa del crónico complejo. Durante los meses de enero, julio, agosto y primeros 15 días de septiembre no hubo actividad en el HDMI.
Se ha colaborado con los servicios de cardiología, nefrología y la unidad de enfermedades infecciosas
Los tratamientos administrados fueron: hierro intravenoso 145; antibióticos 97; enzimas de sustitución 89; inmunomoduladores biológicos 72; Inmunoglobulinas 34; corticoides 22, salinos hipertónicos 17; diuréticos 15; trasfusiones 6; varios 19.
Se ha elaborado un Manual de Funcionamiento (octubre 2019), diagrama de flujo de prescripción (marzo 2019), listado de productos susceptibles de prescripción y forma de infusión (marzo 2019), documento de consentimiento informado para vía venosa periférica domiciliaria (junio 2019) y realizado sesiones clínicas de divulgación.
El 17 de febrero de 2020 está previsto presentar en sesión los resultados al conjunto del servicio de medicina interna.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Elaboración de un Manual de Funcionamiento: SI. 100%
- Elaboración de diagrama de flujo de prescripción: SI. 100%
- Elaboración de listado de productos susceptibles de prescripción e instrucciones de infusión: SI. 100%
- Tratamiento de los pacientes que previamente acudían al HD oncohematológico:

Nº de pacientes tratados en HD Medicina Interna año 2019/Nº de pacientes tratados en HD oncohematológico año 2018. Límite inferior 100%. SI.
Resultado 380%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se han cumplido los objetivos de este proyecto de mejora
- Enfermería es el eje sobre el que gira el funcionamiento del HDMI.
- Es necesario desarrollar la colaboración con servicios médicos estratégicos, por ejemplo Cardiología.
- Es necesario mejorar la recogida de datos de actividad.
- Por su impacto económico, se ha de mejorar la prescripción de inmunomoduladores biológicos y la coordinación con Farmacia Hospitalaria para su suministro.
- El HDMI da valor añadido a la atención en el servicio de medicina interna

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/829 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0829

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

Nº de registro: 0829

Título
PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

Autores:
RUIZ LAIGLESIA FERNANDO, GIRON FORCANO GEMMA, CADARSO VISCASILLAS ANA, ESPUELAS MONGE MARIA, ESQUILLOR RODRIGO MARIA JOSE, MARIN BALLVE ADELA, GRACIA TELLO BORJA, ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
Se entiende como Hospital de Día (HD) la estructura hospitalaria que permite la asistencia durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital.
El HD puede aportar ventajas para:
- Para los pacientes y cuidadores:
- Permite compaginar el tratamiento con sus actividades laborales o domésticas.
- Son menos probables demoras o cancelaciones.
- Se percibe como una forma menos agresiva que la hospitalización convencional.
- Reduce riesgos inherentes a la hospitalización convencional.
- Para los clínicos, permite programar los tratamientos de forma más flexible.
- Para los gestores, propicia un uso eficiente de los recursos

En el año 2018 el Servicio de Medicina Interna (SMI) prescribió 160 tratamientos en el HD oncohematológico del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (HCULZ). Entre ellos se incluyeron inmunomoduladores y terapias sustitutivas de hierro. Sin embargo, la posibilidad de otros tratamientos, tales como antibióticos de dosis única, está limitada por la saturación del HD oncohematológico. Desde febrero de 2019, el SMI dispone de cuatro puestos de asistencia en régimen de HD, cuya autogestión permitirá disminuir la presión sobre el HD oncohematológico y aumentar el número de pacientes tratados y productos prescritos sin precisar hospitalización convencional

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo: poner en funcionamiento el HD de Medicina Interna
Población diana: pacientes de Medicina Interna que precisen tratamiento ambulatorio con inmunomoduladores, terapias sustitutivas u otros tratamientos que puedan ser prescritos en régimen de HD
Servicios a quien va dirigido: Medicina Interna

MÉTODO
Acciones previstas:
- Elaboración de un Manual de Funcionamiento
- Elaboración de diagrama de flujo de prescripción
- Elaboración de listado de productos susceptibles de prescripción y forma de infusión.
- Sesiones clínicas de divulgación

Cambios previstos en la oferta de servicios:
- Tratamiento de los pacientes que previamente acudían al HD oncohematológico
- Ampliar oferta tratamientos en HD Medicina Interna, incluyendo la infusión de hemoderivados
- Realización de analítica y radiología simple

INDICADORES
- Elaboración de un Manual de Funcionamiento: 100%
- Elaboración de diagrama de flujo de prescripción: 100%
- Elaboración de listado de productos susceptibles de prescripción e instrucciones de infusión.: 100%
- Tratamiento de los pacientes que previamente acudían al HD oncohematológico
  - Nº de pacientes tratados en HD Medicina Interna año 2019/Nº de pacientes tratados en HD oncohematológico año 2018
  - Límite inferior 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0829

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

DURACIÓN
Fecha de inicio 1 de febrero 2019. Fecha fin: 31 de diciembre 2019

- Elaboración de un Manual de Funcionamiento: abril 2019. Responsables: Fernando J. Ruiz Laiglesia, Gemma Girón Jorcano, Ana Cadarso Viscasillas
- Elaboración de diagrama de flujo de prescripción. Marzo 2019. Responsable: Fernando J. Ruiz Laiglesia
- Elaboración de listado de productos susceptibles de prescripción y forma de infusión. Marzo 2019. Responsables: Fernando J. Ruiz Laiglesia, Gemma Girón Jorcano, Ana Cadarso Viscasillas.
- Sesiones clínicas de divulgación. Abril y mayo 2019. Responsables Fernando J. Ruiz Laiglesia, Gemma Girón Jorcano
- Tratamiento de los pacientes que previamente acudían al HD oncohematológico. Año 2019. Responsables: Fernando J. Ruiz Laiglesia. Ana Cadarso Viscasillas, Maria Espuelas Monge, Maria José Esquillor Rodrigo, Adela Marín Ballvé, Borja Gracia Tello y facultativos de Medicina Interna
- Evaluación resultados: diciembre 2019. Responsables: Fernando J. Ruiz Laiglesia, Gemma Girón Jorcano, María Aránzazu Alcácera López

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 - 2019/0840

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ATENCION Y PREVENCION DEL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PABLO JORGE SAMITIER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO LAZARO MARTA
TORRUBIA PEREZ CARMEN BLANCA
RUIZ LAIGLESIA FERNANDO
GARCIA BARRECHEGUREN ANA
MONCHE PALACIN ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Puesta en conocimiento del proyecto al Jefe de Servicio, personal médico y personal de enfermería de las 4 unidades de medicina interna (MI) y a las enfermeras gestoras de casos del HCU Lozano Blesa. Descripción del proyecto y previsión de plazos.
- Realización del primer borrador del cuestionario destinado a establecer incidencia, evolución y manejo de los cuadros de "Delirio agudo en el anciano" en las unidades de MI del HCU Lozano Blesa.
- Revisión bibliográfica Prevención y manejo no farmacológico del Delirio Agudo en el Anciano en unidades médicas (No UCI, No quirúrgicas)
- Revisión bibliográfica sobre manejo farmacológico del Delirio Agudo en el Anciano en unidades médicas (No UCI, No quirúrgicas)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Estamos en condiciones de poder iniciar Estudio de investigación descriptivo prospectivo sobre incidencia, evolución y manejo del delirio agudo en el anciano en unidades de MI del HCU Lozano Blesa.
REalización del Primer borrador del protocolo de prevención y manejo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos tenido problemas para mantener los plazos previstos. Será previsible que exista resistencia o problemas de motivación a la hora de implicar al personal de enfermería en la realización del estudio de investigación y a la hora de implantar el protocolo de actuación ya que se necesitan modificaciones organizativas. La intención de implicar a los cuidadores familiares e informales en el proyecto ha sido bien recibida por parte del personal de las unidades pero podrá generar conflictos en las relaciones personales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/840 ========== ***

Nº de registro: 0840

Título
PROTOCOLO DE ATENCION Y PREVENCION DEL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) EN EL ANCIANO EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA

Autores:
JORGE SAMITIER PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
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 las unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa, ingresan fundamentalmente personas mayores de 75

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0840

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ATENCION Y PREVENCION DEL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA

años. Durante los ingresos hospitalarios, la unión de diversos factores, pueden ocasionar cuadros de desorientación temporoespacial e incluso de agitación psicomotriz. Es lo que se conoce como SCA. Este constituye una complicación frecuente y perjudicial entre los ancianos, siendo además un síntoma de emergencia médica. Es el segundo síndrome psiquiátrico más prevalente en la esfera hospitalaria y su incidencia aumenta con la edad. Su presencia en el anciano se asocia a una elevada morbilidad y a una mayor mortalidad. Es además un predictor de institucionalización y rehospitalización e implica un incremento de los días de estancia hospitalaria y un aumento de los costes sanitarios asociados. Su evolución es variable, bien hacia la curación o bien puede provocar la muerte. Para el sistema sanitario es un problema importante de salud pública, dado su relevante impacto negativo a nivel bio-psico-social en la integridad del paciente y su entorno. La aparición del SCA genera angustia en el paciente, los cuidadores y los propios profesionales. El SCA puede durar horas, incluso día. Existen una serie de factores predisponentes y factores precipitantes que deberían ser tenidos en cuenta de cara a poder prevenir y/o atender el SCA. Es por ello que, la intervención preventiva contribuiría a mejorar el desarrollo, pronóstico y evolución de los ingresos hospitalarios. Estableciendo un plan de cuidados de enfermería estandarizado y un protocolo de actuación al ingreso en planta, nos podemos anticipar a la aparición del delirio. Una vez se ha instaurado el delirium, el tratamiento inicial se basa en identificar la causa que lo ha precipitado y actuar sobre ella. En los casos más graves se recurre al tratamiento farmacológico y la contención mecánica como último recurso y siempre bajo prescripción facultativa.

RESULTADOS ESPERADOS
- Analizar la situación del SCA en el anciano en las unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa.
- Implantar un protocolo multidisciplinar de atención y prevención del SCA en las 4 unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa
- Disminuir la incidencia de casos de SCA en los pacientes ingresados en las unidades de medicina interna.
- Disminuir el número de casos de SCA que precisan contención farmacológica y/o mecánica durante el ingreso en las unidades de medicina interna.

MÉTODO
Plan de Comunicación: 1º al Jefe de servicio con el fin de incluirlo en el Contrato de Gestión de las Unidades de MI, Reunión con FEAS y RMI solicitando su colaboración y participación en el proyecto. Segundo reunión con Supervisoras de Enfermería solicitando colaboración y participación en el proyecto asegurando la continuidad del mismo mediante formación de las profesionales recién llegadas. Reunión con Enfermeras y TCAEs solicitando colaboración y participación en la confección del proyecto de manera voluntaria. Comunicación a las enfermeras gestoras de casos del hospital con el fin de poder incluir aspectos relacionados con el SCA en el anciano en los talleres de cuidadores informales.
Revisión bibliográfica sobre el SCA en el anciano, su prevención y atención al caso agudo. Confección del protocolo de prevención, valoración inicial de enfermería, planificación de cuidados y diagrama de flujo en la atención al SCA en el anciano.
Confección del Plan de Investigación de la situación del SCA en el anciano en las unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa.
Diseño del proyecto de mejora como protocolo de actuación clínica multidisciplinar

INDICADORES
Nº de pacientes con protocolo implantado presente en la historia clínica/ Nº pacientes ingresados. x año
Nº de pacientes que sufren SCA durante el ingreso hospitalario/Nº ingresos hospitalarios. x año
Nº de pacientes con SCA y precisan contención farmacológica y/o mecánica/Nº de pacientes con SCA en el año. x año

DURACIÓN
Proyecto de investigación de corte retrospectivo descriptivo para establecer un estado de situación del grado de incidencia del SCA en el anciano en las unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa. Marzo2019-marzo 2020.
Plan de Comunicación (marzo-abril 2019). Responsable de la implantación-Dueño del proceso.
La realización del protocolo (mayo-junio 2019). Responsable de la implantación- Dueño del proceso y Colaboradores médicos y enfermeros.
Reuniones con médicos, enfermeras y TCAEs para valorar la necesidad de establecer cambios organizativos, especialmente en lo concerniente a la movilización de los pacientes (sedestación, deambulación) (mayo-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 - 2019/0984

1. TÍTULO

HIGIENE BUCAL EN EL PACIENTE CON DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... EVA VALLES VILLAGRASA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRES GARCIA MARIA ELENA
MORENO ZAMORA LYDIA
FLORES RAYA MARIA JESUS
RODRIGUEZ IBAÑEZ RUBEN
OROS RODRIGO MARIA
HERNANDO GABAS MARIA EUGENIA
TEJADAS TEJERO SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Comunicación al equipo multidisciplinar del proyecto de mejora y de las actividades que se van a realizar.
Realización de una encuesta al paciente/cuidador y valoración del estado de la boca previo al seguimiento.
Educación al paciente/ cuidador sobre como realizar una correcta higiene, sus beneficios y los problemas derivados de no realizarla.
Seguimiento de los cuidados y el estado de la boca durante el ingreso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aumenta la participación y conocimiento de los implicados en el cuidado de la boca.
Mejora del seguimiento del cuidado de la boca.
Se aprecia disminución de la presencia de xerostomía y dolor bucal con los cuidados realizados.
Aumento del bienestar del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo de trabajo ha tenido dificultades para la comunicación del proyecto debido a la eventualidad del personal en la unidad.
Dificultad del seguimiento debido a la gran carga de trabajo que tiene el personal implicado en ello.
Falta del material en ocasiones.
Hemos observado que ha sido necesario fomentar la educación para el aporte hidrico al paciente (en casos no contraindicados).

7. OBSERVACIONES.
En general la respuesta ha sido positiva por parte de los cuidadores principales del paciente, si bien se ha observado en algún caso que empezaron a delegar los cuidados en el personal sanitario.
Dado que en la aparición de micosis hay otros factores implicados (tratamiento, estado inmunológico del paciente...) aunque parece que ha habido uma mejora, esta es una valoración parcial.
La valoración podría ser más exhaustiva (por ejemplo: dejar registrada en la valoración la medicación que toma el paciente) pero debido a la carga asistencial se consideró más factible realizar una valoración más simplificada.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/984 ========== ***

Nº de registro: 0984

Título
HIGIENE BUCAL EN EL PACIENTE CON DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Autores:
VALLES VILLAGRASA EVA, TORRES GARCIA MARIA ELENA, MORENO ZAMORA LYDIA, FLORES RAYA MARIA JESUS, RODRIGUEZ IBAÑEZ RUBEN, OROS RODRIGO MARIA, HERNANDO GABAS MARIA EUGENIA, TEJADAS TEJERO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0984

1. TÍTULO

HIGIENE BUCAL EN EL PACIENTE CON DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Un alto porcentaje de los pacientes hospitalizados en la unidad de Medicina Interna C son total o parcialmente dependientes para llevar a cabo su cuidado personal. Siempre que sea posible se debe procurar las técnicas de higiene para favorecer la máxima independencia. Sin embargo, en ciertos casos esto es imposible y la responsabilidad recae sobre el personal de enfermería o los cuidadores; estos últimos en muchos casos requieren educación al respecto.
Como señalan diversos estudios, la higiene y la salud bucal no sólo tienen influencia directa sobre la calidad de vida de los adultos, como puede ser malestar psicológico, dolor físico y limitación funcional, sino que también ejerce un papel importante en la prevención de patologías tanto bucales como sistémicas (xerostomía, periodontitis, trastornos en la nutrición por inadecuada masticación, afectaciones respiratorias y cardiacas).
NECESIDADES DETECTADAS:
Déficit de higiene bucal.
Presencia de micosis/ aftas y residuos adheridos a mucosa bucal y dientes.
Xerostomía.
Falta de piezas dentarias.
CAUSAS:
Paciente con déficit de autocuidado.
Pluripatología y polimedicación.
Alteraciones cognitivas, motoras y sensoriales.
Problemas sociales.
Déficit de conocimiento en cuanto a la importancia de la higiene bucal.
Falta de participación del cuidador/es en la higiene bucal del paciente.
CÓMO SE HAN DETECTADO:
Valoración general de necesidades de Virginia Henderson del paciente a su ingreso (revisión del estado bucal).
CUÁL ES LA SITUACIÓN DE PARTIDA:
Actualmente no se realiza una valoración continua y sistemática del estado bucal del paciente, por lo que no se pueden evaluar las necesidades y resultados de las intervenciones realizadas durante su ingreso.
IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:
El estado de la boca influye en: estado nutricional afectado, dolor, aumenta bienestar del paciente (imágen y confort), disminución de patologías bucales, cardiacas y respiratorias, concienciación del paciente y/o cuidadores de la importancia de una correcta higiene bucal.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar seguimiento y mejorar el cuidado bucal del paciente, pudiéndose evaluar de manera contínua y más específica su cuidado.
Disminuir aparición de micosis bucal, xerostomía.
Aumentar bienestar del paciente.
Disminuir dolor bucal.
Implicar al paciente/cuidador en su cuidado bucal.

Población diana: paciente dependiente y/o cuidadores.
Servicio: Medicina Interna C (de ahora en adelante MIC)

MÉTODO
Creación de unas pautas para valoración del estado de la boca.
Educación del paciente y/o cuidadores en la importancia de la higiene bucal y método a usar.
PLAN DE COMUNICACIÓN:
Explicación al equipo multidisciplinar del servicio de MIC del proyecto.
Explicación al paciente y/o cuidadores y refuerzo durante la estancia del paciente.
ACTIVIDADES DE FORMACIÓN:
Familiarizar al paciente y/o cuidadores en el uso de los diferentes sistemas de higiene bucal y frecuencia.

INDICADORES
Implicación del cuidador.
Pacientes ingresados en MIC con deterioro de la higiene bucal que han mejorado dicha higiene durante su ingreso respecto a los pacientes ingresados en MIC con déficit de autocuidado en boca.

DURACIÓN
Fecha de inicio: Junio de 2019
Fecha de finalización: Diciembre de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0984

1. TÍTULO

HIGIENE BUCAL EN EL PACIENTE CON DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Siendo los responsables de su implantación los participantes del proyecto con apoyo del equipo multidisciplinar de MIC.

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 - 2019/1001

1. TÍTULO

MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RUBEN RODRIGUEZ IBAÑEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILERA ENGUITA NATALIA
MARTIN CARPIO ANA ISABEL
CASASUS ARTAL EVA GLORIA
RODRIGO AYLAGAS MARIA PILAR
TORRES GARCIA MARIA ELENA
CASTELLANO PALLARES ELSA
OLMOS BAQUEDANO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nos hemos centrado en actividades encaminadas a cuantificar el nivel de autoestima, así como factores (dolor, apoyo social cercano y autonomía) que creemos influyentes directamente en el bienestar del paciente, e inherentes en su día a día, para pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna.

Estas actividades han consistido en la elaboración del material didáctio necesario para llevar a cabo el proyecto y seguimiento, compuesto por, la escala validada de Autoestima de Rosenberg, intervenciones NIC relacionadas con los diagnósticos referentes a la autoestima y unas hojas de seguimiento donde cuantificamos el autoestima antes y después de la aplicación de las intervenciones.

Por otro lado hemos llevado a cabo medidas formativas e iniciativas para contar con la colaboración del personal sanitario, así como para promover la invulocración de las familias y cuidadores más cercanos, en los casos necesarios. También hemos establecido unas intervenciones NIC, así como su aplicación, basadas en escucha activa, asesoramiento, apoyo emocional, potenciación de la autoestima para la mejora y el mantenimiento de un nivel de autoestima y de autonomía correcto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En primer lugar, se ha conseguido una mayor participación del personal encaminada a favorecer la autonomía y la autonomía funcional de los pacientes.

El número de reuniones, cuyo nivel estándar era una cada mes, se ha logrado de forma notoria, logrando realizar una reunión al mes con un porcentaje de asistencia media del 70%.

En cuanto a los valores cuantitativos para valorar los indicadores en el seguimiento del proyecto, nos vamos a centrar en una muestra de 25 pacientes, que es la muestra hasta la fecha registrada. Así pues, podemos establecer:

Número de pacientes mayores de 60 años valorados: 25, siendo el nivel estandar un mínimo de 40 pacientes valorados.
Un 76 % de los pacientes valorados cuenta con apoyo social cercano antes de las intervenciones, aumentando hasta un 88 % tras la aplicaciónd de las intervenciones.
Al inicio del estudio un 60 % se evaluó con autoestima baja, un 28 % con autoestima media y un 12 % con autoestima elevada, obteniendo como resultado tras la aplicación de intervenciones un 12 % con autoestima baja, un 44 % con autoestima media y un 44 % con autoestima elevada.

De esta manera se observa, de manera clara, aun aumento del nivel de autoestima de esta muestra de 25 pacientes con la aplicación de las intervenciones, con una disminución del bajo nivel de autoestima casi en un 40 %.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con los resultados obtenidos hasta la fecha, podemos mencionar que hemos logrado evaluar e identificar a pacientes con baja autoestima situacional, en gran medida debido al proceso de hospitalización y lo que ello conlleva, así como mejorar el nivel de dicho autoestima.

Además hemos logrado aumentar la implicación social y familiar, así como el de los profesionales del servicio, obteniendo un mayor número de adultos mayores motivados, mostrando actitudes de autocuidado y afrontamiento necesarias para aquellos cambios propios de la edad y del propio proceso de hospitalización.

Queda pendiente la relación de los factores determinantes dolor y autonomía, con el nivel de autoestima en los pacientes evaluados, ya que los consideramos esenciales para un enfoque positivo por parte de los pacientes durante su estancia hospitalaria. Además de ampliar la muestra de pacientes hasta un mínimo de 40, siéndo lo ideal entre 60 y 80, para poder valorar en mejor medida los resultados obtenidos, con una prorroga del proyecto, si es posible, hasta el mes de Junio.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1001

1. TÍTULO

MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

Nos gustaría ampliar la duración del proyecto hasta Junio, para poder ampliar la muestra de pacientes evaluados y mejorar la calidad de los resultados obtenidos.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1001 ========== ***

Nº de registro: 1001

Título
MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Autores:
RODRIGUEZ IBAÑEZ RUBEN, AGUILERA ENGUITA NATALIA, MARTIN CARPIO ANA ISABEL, CASASUS ARTAL EVA GLORIA, RODRIGO AYLAGAS MARIA PILAR, TORRES GARCIA MARIA ELENA, CASTELLANO PALLARES ELSA, OLMOS BAQUEDANO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología causante de la estancia hospitalaria.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En los últimos años se ha generado un especial incremento de la población de la tercera edad, así como el interés por conocer el bienestar de las personas mayores, consecuencia del aumento de las expectativas de vida de la población mayor en los países desarrollados.
La importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el buen estado emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante a todas las áreas de la vida, como establece el estudio de Mercedes Zavala G. Así pues, observándose su directa relación con el bienestar general de la persona, sería posible considerar la autoestima como un buen indicador de salud mental y de la calidad de vida a largo plazo.
Entre los determinantes mas fuertes de la autoestima en ancianos se encuentra el apoyo social y la autonomía funcional, aspectos, habitualmente perjudicados, en los procesos agudos a los que se ven expuestos los pacientes propios de la Unidad de Medicina Interna.
Por ello, y ante la detección de pacientes con una baja autoestima manifestado por sentimientos de tristeza, soledad y pesimismo ante la hospitalización, consideramos relevante en nuestra unidad de MIC, el llevar a cabo un proyecto de mejora basado en la prevención y afrontamiento de la baja autoestima situacional relacionado con el deterioro funcional y social, entre otros, ante los que permanecen expuestos la mayoría de pacientes de nuestra unidad, así como el mantenimiento de la misma. Logrando así, una mejor y breve recuperación y un menor numero de complicaciones potenciales durante su estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS
- Identificación temprana de pacientes mayores de 60 años con problemas de autoestima.
- Elección de la escala más apropiada para la cuantificación de la autoestima, así como su puesta en marcha, en al menos un mínimo de 40 pacientes.
- Mantenimiento o consecución del nivel optimo de autoestima del paciente mayor de 60 años, obteniendo una estancia hospitalaria de mayor calidad, evitando posibles complicaciones potenciales y logrando una mayor implicación tanto del personal como del paciente y su entorno social.
- Identificación de las intervenciones más adecuadas en el paciente mayor de 60 años hospitalizado con el diagnostico de baja autoestima situacional.

MÉTODO
Proyecto encaminado hacia las acciones de mantener un funcionamiento normal para mejorar el estado de ánimo, suprimir síntomas evitando el dolor y el sufrimiento que estos producen, lograr la mínima interrupción de actividades, trabajo y responsabilidades, minimizar las consecuencias producidas en la vida familiar y colaborar en el proceso de recuperar la salud descubriendo los puntos fuertes y débiles de nuestra personalidad.

Por otro lado un aspecto muy importante es la prevención frente a este trastorno del ánimo la cual se puede llevar a cabo mediante acciones como el equilibrio afectivo, controles periódicos, realización de las escalas que valoran la autoestima, limitar la soledad, tener capacidad de afrontamiento, fortalecer vínculos personales, aprender a pedir ayuda o tener hábito de una actividad o ejercicio físico, entre otras.

Para llevar a cabo dichas acciones se intentará contar con la colaboración activa tanto del personal sanitario de la unidad de MIC, como de los familiares/cuidadores del entorno de cada paciente. Además el uso de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1001

1. TÍTULO

MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

recursos materiales como material didáctico para la evaluación de la autoestima de los pacientes (escalas), para su seguimiento durante la estancia hospitalaria y para la formación en este ámbito. Todo ello quedará reflejado y analizado en las reuniones con carácter mensual entre los miembros del equipo.

INDICADORES
La evaluación del proyecto y objetivos será llevada a cabo mediante los indicadores cuantitativos y cualitativos:
- Número de pacientes mayores de 60 años a los que se les ha aplicado la escala de valoración de la autoestima, siendo el nivel mínimo de 40 pacientes.
- Numero de pacientes estudiados en el proyecto entre los cuales su entorno social cercano se muestra participativo en las acciones de autoestima.
- Porcentaje de pacientes mayores de 60 años evaluados con resultado de nivel bajo, medio o alto de autoestima.
- Porcentaje de pacientes con resultado de baja de autoestima, con incremento del nivel de esta-, tras la aplicación de las intervenciones.
- Porcentaje de pacientes con resultado de media o elevada autoestima, con disminución del nivel de esta, tras la aplicación de las intervenciones.
- Número de reuniones entre los miembros del proyecto, siendo el nivel estándar de una cada mes.
- Participación y colaboración del resto del personal de la unidad.
- Incremento del nivel de satisfacción de paciente y familia durante la estancia hospitalaria.

DURACIÓN
Se prevé una duración anual del proyecto, con fecha de inicio desde la aprobación y con fecha fin de un año desde su inicio, con opción de duración prorrogable.

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 - 2019/1029

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL MATERIAL AUDIOVISUAL (POWER POINT) DEL "TALLER DE CUIDADORES" DEL HCU LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ..... EUGENIA ALMERIA FERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ DOMINGUEZ MARIA PILAR
HERRERA SERRANO ANA ISABEL
CELMA MORALEJO ROCIO
ESTERUELAS CUARTERO PAULA
MONCHE PALACIN ANA MARIA
RUIZ GARCIA MARIA DOLORES
SANZ SANMIGUEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó revisión bibliografica para adecuar y actualizar los contenidos.
Puesta en común con el resto del grupo y consenso para realizar los cambios adecuados.
Realización de un nuevo Power Point.
Difusión del Power Point a todos los miembros del grupo.
Implantación del mismo a partir de diciembre de 2019 en los Talleres de cuidadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora del material didáctico y mejora en la comprensión del mismo.
Mejora de la duracion de los talleres.
Los indicadores han sido: nº de asistentes que les parece correcta la duración /nºtotal de asistentes al taller.
nº asistentes al taller que responde la encuesta/nº total de asistentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con el nuevo material hemos mejorado la comunicación de los contenidos a traves de nuevas imágenes que facilitan el aprendizaje, al mismo tiempo se disminuye el tiempo de duración de los talleres agilizando la atención de los asistentes y aumentando el tiempo dedicado a las prácticas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1029 ========== ***

Nº de registro: 1029

Título
ACTUALIZACION DEL MATERIAL AUDIOVISUAL (POWER POINT) DEL "TALLER DE CUIDADORES " DEL HCU LOZANO BLESA

Autores:
ALMERIA FERNANDEZ EUGENIA, PEREZ DOMINGUEZ MARIA PILAR, HERRERA SERRANO ANA ISABEL, CELMA MORALEJO ROCIO, ESTERUELAS CUARTERO PAULA, MONCHE PALACIN ANA MARIA, RUIZ GARCIA MARIA DOLORES, SANZ SANMIGUEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente cronico dependiente
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la salud grupal

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

PROBLEMA
Ante la necesidad de reducir el tiempo de duración de los Talleres para Cuidadores, se plantea revisar el power point, recortando lo innecesario, actualizar los contenidos, dividirlos por temas y bloques y añadir

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1029

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL MATERIAL AUDIOVISUAL (POWER POINT) DEL "TALLER DE CUIDADORES" DEL HCU LOZANO BLESA

alguna diapositiva nueva con los contenidos apropiados

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuar los contenidos del power point a las necesidades actuales

MÉTODO
Revisión de bibliografía
Adecuar los contenidos
Reuniones para la puesta en común y consensuar con el grupo los cambios a realizar
Editar e implementar su uso en los Talleres para Cuidadores.
Añadir a la encuesta de satisfacción las preguntas consensuadas

INDICADORES
nº de asistentes al taller de cuidadores que responden la encuesta / nº de asistentes totales al taller de cuidadores
nº de asistentes que les parece correcta la duración/ nº total de asistentes al taller de cuidadores

DURACIÓN
Mayo 2019: búsqueda bibliográfica . ANA M MONCHE, ROCIO CELMA
Y CARMEN SANZ SAN MIGUEL
Junio 2019 Revisión y Edición del POWER POINT y puesta en común, Pilar Perez, Eugenia Almeria y Ana Isabel Herrera
Julio 2019 Introducción de preguntas en la encuesta de satisfacción
Paula Esteruelas y Ana Monche Y M Dolores Ruiz
Septiembre-Octubre 2019 Implantación del nuevo Power en los Talleres y recogida de información en las Encuestas .
Todo el grupo.

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 - 2019/1043

1. TÍTULO

RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR RODRIGO AYLAGAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILERA ENGUITA NATALIA
OLMOS BAQUEDANO CRISTINA
CASTELLANO PALLARES ELSA
ESPUELAS MONGE MARIA
ESQUILLOR RODRIGO MARIA JOSE
HERMOSILLA CABRERIZO TRINIDAD
TOYAS MIAZZA CARLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto del RAPPORT, sé empezó en la planta 13 el día 10 de abril del 2019, desde ese día realizamos de lunes a viernes (siempre días laborables) sesiones de unos 20-30 minutos, en las cuáles nos reunimos en una sala, personal médico, enfermería y tcaes.
En estas sesiones se habla de todos los pacientes, nuevos ingresos, se programan altas y cualquier incidencia, sugerencia o inquietud del personal.
Estas sesiones han sido valoradas mediante una encuesta de satisfacción a toda la plantilla de la planta 13, obteniendo una aceptación al proyecto del 100%.
Hemos comparado datos de estancia media, ingresos y altas desde que iniciamos el proyecto (abril 2019) hasta final de año con datos idénticos del año anterior (de abril del 2018 hasta diciembre del 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado obtenido ha sido el propuesto, un aumento en las relaciones entre el personal que forma él equipo interdisciplinar de la planta 13, fomentando la comunicación entre todos nosotros y obteniendo resultados positivos a la hora de gestionar el trabajo diario y poder realizarlo de una forma más eficaz y efectiva.
Este resultado se ha conseguido gracias a la implicación de todo el equipo que se ha reunido diariamente de lunes a viernes. En el proyecto se marcó un estándar de 14 y se ha conseguido superar, consiguiendo una media de 20-22 reuniones de rapport al mes.
El impacto ha sido medido con el número de sesiones cada mes desde que se inició en abril del 2019, de proponer 14 reuniones al mes, hemos conseguido superarlo y reunirnos todos los días hábiles de la semana. Con una media de 22 sesiones al mes.
También se ha alcanzado el 100% de satisfacción de la plantilla con las sesiones del rapport, medido con una encuesta de satisfacción.
Tras la comparación de datos (cedidos por servicio de codificación del propio hospital) de los meses de abril a diciembre del 2019 con el año anterior, vemos diminuida la estancia media de los pacientes siendo de media durante el año 2018 de 9,4 días y tras la puesta en marcha del rapport durante el año 2019 disminuyó a una media de 8,1 días. Con esta disminución se pudo aumentar el número de ingresos de pasar en el año 2018 de 1259 a tener 1325 en el 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto de mejora ha sido una idea satisfactoria para el trabajo diario del equipo interdisciplinar de la planta, traduciéndose en el beneficio del paciente ingresado en nuestra unidad.
El hecho de conocer la visión, por parte del personal médico, del esfuerzo que suponen ciertas tareas del día a día de TCAES y ENFERMERIA, ha ayudado a reducir gestos o actividades que anteriormente no eran conscientes.
Durante las sesiones de rapport se llega a conocer y compartir información desde el punto de vista no sólo asistencial si no también social, de cara a otras necesidades que necesitan nuestros pacientes (apoyo social, enfermera gestora de casos..)
Al favorecerse la comunicación entre todos se minimizan e incluso se evitan errores de tratamiento, flebitis por vías innecesarias y actitudes de cara a llevar en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico.
Al comentarse los pacientes a diario entre todos los compañeros, se llega a conocer al paciente de una forma global lo cual permite actuar precozmente ante la situación de aislamiento, cambios de habitación, cambios de dieta, retirada de sondas, retirada de vías.

La implantación de este proyecto la recomendamos a todas las unidades de hospitalización, la implicación por parte de todo el personal hace que la unidad funcione satisfactoriamente, viéndose valorado el trabajo de todos los miembros del equipo, se aumente la calidad en la atención a los pacientes y se disminuyen complicaciones innecesarias por la falta de comunicación

7. OBSERVACIONES.
Aunque se da por terminado el proyecto, en la unidad de Medicina interna C, planta 13, vamos a continuar diariamente con las sesiones de RAPPORT. Por parte de todo el personal que la formamos estamos muy

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1043

1. TÍTULO

RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

satisfechos con los resultados desde su implantación y animamos a todas las unidades a que lo implanten, ya que sus beneficios son muy positivos y su coste mínimo.Estaremos dispuestos a exponerlo si se considera por la dirección.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1043 ========== ***

Nº de registro: 1043

Título
RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

Autores:
RODRIGO AYLAGAS MARIA PILAR, AGUILERA ENGUITA NATALIA, OLMOS BAQUEDANO CRISTINA, CASTELLANO PALLARES ELSA, HERMOSILLA CABRERIZO TRINIDAD, TOYAS MIAZZA CARLA, ESQUILLOR RODRIGO MARIA JOSE, ESPUELAS MONGE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: el proyecto va dirigido a los profesionales de la planta
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La complejidad de manejo del paciente ingresado en la unidad de Medicina Interna C requiere de una serie de conocimientos y habilidades que no están al alcance de un único profesional, por tanto se hace imprescindible el trabajo en equipo, que permita un abordaje completo e integral de las necesidades del enfermo.
A esto se le suma que la unidad de MIC, es una planta con continuos cambios de personal debido a la carga de trabajo, por lo que se hace complicado formar un equipo interdisciplinar sólido.
Se define como equipo interdisciplinar el que está constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependientes e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Puede valorar al enfermo por separado pero intercambian la información de una forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados.

Ventajas del trabajo en equipo:
-Acceso a un mayor número de servicios y profesionales.
-Mayor eficiencia por mayor integración y coordinación de servicios para el paciente.
-Mayor comunicación y soporte entre profesionales.
-Mayor número de oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades de máxima calidad.

La colaboración y la comunicación entre los miembros del equipo de salud es una de la variables sobre las que pivota la calidad asistencial, teniendo una relación directa sobre:
1. Los resultados en el paciente.
2.Los eventos adversos.
3.Las estancias hospitalarias.
4.El estrés de los profesionales.

Este proyecto de mejora nace de la iniciativa de varios profesionales de la unidad de MIC para mejorar la comunicación entre los miembros del equipo, con el objetivo final de mejorar la calidad de la asistencia que se presta a los pacientes ingresados. Para ello, la propuesta es la puesta en marcha de REUNIONES DIARIAS DEL EQUIPO MEDICO Y ENFERMERIA, con el fin de establecer una comunicación fluida en relación a la información obtenida del estado y la situación clínica de los enfermos y en relación también a la toma de decisiones conjuntas sobre las actuaciones que cada uno de los profesionales del equipo debe llevar a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS
Este proyecto de mejora va dirigido directamente al personal que trabaja en la unidad de Medicina Interna C y con él queremos conseguir los siguientes objetivos:

1- Mejorar las relaciones entre el personal que forma el equipo interdisciplinar.

2- Disminuir complicaciones en la asistencia, relacionadas con la falta de comunicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1043

1. TÍTULO

RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

3-Aumentar la calidad en la atención de los pacientes.

MÉTODO
- Se van a realizar sesiones diarias, de lunes a viernes, entre el personal medico y el de enfermeria (incluidos enfermeros y técnicos auxiliares).

- Se realizaran planilla con información relevante del paciente.

-Encuesta para medir la satisfacción de los profesionales que participen en el proyecto (tipo likert).

INDICADORES
- El indicador será el numero de reuniones realizadas en el año, teniendo en cuenta que los fines de semana y festivos no se realizarán.
Las mediremos mensualmente, con un estándar de 14.

- Conseguir mejorar la relación entre los miembros del equipo, midiendo con una escala tipo likert. Pasaremos esta escala al inicio, a mitad y al finalizar el proyecto.

DURACIÓN
Duración de un año.

Calendario de actividades:

- Marzo y abril: elaborar el proyecto, planilla y escala.

- 10 de abril puesta en marcha las sesiones y pasar escala de satisfacción.

- Cada mes resumen de sesiones.

- Octubre: Volveremos a pasar escala de satisfacción al personal.
Resumen de sesiones de 6 meses.

- Abril 2020: Fin proyecto, pasar escala de satisfacción y medir el numero total de sesiones.

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 - 2019/1043

1. TÍTULO

RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR RODRIGO AYLAGAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILERA ENGUITA NATALIA
OLMOS BAQUEDANO CRISTINA
CASTELLANO PALLARES ELSA
ESPUELAS MONGE MARIA
ESQUILLOR RODRIGO MARIA JOSE
HERMOSILLA CABRERIZO TRINIDAD
TOYAS MIAZZA CARLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto del RAPPORT, sé empezó en la planta 13 el día 10 de abril del 2019, desde ese día realizamos de lunes a viernes (siempre días laborables) sesiones de unos 20-30 minutos, en las cuáles nos reunimos en una sala, personal médico, enfermería y tcaes.
En estas sesiones se habla de todos los pacientes, nuevos ingresos, se programan altas y cualquier incidencia, sugerencia o inquietud del personal.
Estas sesiones han sido valoradas mediante una encuesta de satisfacción a toda la plantilla de la planta 13, obteniendo una aceptación al proyecto del 100%.
Hemos comparado datos de estancia media, ingresos y altas desde que iniciamos el proyecto (abril 2019) hasta final de año con datos idénticos del año anterior (de abril del 2018 hasta diciembre del 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado obtenido ha sido el propuesto, un aumento en las relaciones entre el personal que forma él equipo interdisciplinar de la planta 13, fomentando la comunicación entre todos nosotros y obteniendo resultados positivos a la hora de gestionar el trabajo diario y poder realizarlo de una forma más eficaz y efectiva.
Este resultado se ha conseguido gracias a la implicación de todo el equipo que se ha reunido diariamente de lunes a viernes. En el proyecto se marcó un estándar de 14 y se ha conseguido superar, consiguiendo una media de 20-22 reuniones de rapport al mes.
El impacto ha sido medido con el número de sesiones cada mes desde que se inició en abril del 2019, de proponer 14 reuniones al mes, hemos conseguido superarlo y reunirnos todos los días hábiles de la semana. Con una media de 22 sesiones al mes.
También se ha alcanzado el 100% de satisfacción de la plantilla con las sesiones del rapport, medido con una encuesta de satisfacción.
Tras la comparación de datos (cedidos por servicio de codificación del propio hospital) de los meses de abril a diciembre del 2019 con el año anterior, vemos diminuida la estancia media de los pacientes siendo de media durante el año 2018 de 9,4 días y tras la puesta en marcha del rapport durante el año 2019 disminuyó a una media de 8,1 días. Con esta disminución se pudo aumentar el número de ingresos de pasar en el año 2018 de 1259 a tener 1325 en el 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto de mejora ha sido una idea satisfactoria para el trabajo diario del equipo interdisciplinar de la planta, traduciéndose en el beneficio del paciente ingresado en nuestra unidad.
El hecho de conocer la visión, por parte del personal médico, del esfuerzo que suponen ciertas tareas del día a día de TCAES y ENFERMERIA, ha ayudado a reducir gestos o actividades que anteriormente no eran conscientes.
Durante las sesiones de rapport se llega a conocer y compartir información desde el punto de vista no sólo asistencial si no también social, de cara a otras necesidades que necesitan nuestros pacientes (apoyo social, enfermera gestora de casos..)
Al favorecerse la comunicación entre todos se minimizan e incluso se evitan errores de tratamiento, flebitis por vías innecesarias y actitudes de cara a llevar en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico.
Al comentarse los pacientes a diario entre todos los compañeros, se llega a conocer al paciente de una forma global lo cual permite actuar precozmente ante la situación de aislamiento, cambios de habitación, cambios de dieta, retirada de sondas, retirada de vías.

La implantación de este proyecto la recomendamos a todas las unidades de hospitalización, la implicación por parte de todo el personal hace que la unidad funcione satisfactoriamente, viéndose valorado el trabajo de todos los miembros del equipo, se aumente la calidad en la atención a los pacientes y se disminuyen complicaciones innecesarias por la falta de comunicación

7. OBSERVACIONES.
Aunque se da por terminado el proyecto, en la unidad de Medicina interna C, planta 13, vamos a continuar diariamente con las sesiones de RAPPORT. Por parte de todo el personal que la formamos estamos muy

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1043

1. TÍTULO

RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

satisfechos con los resultados desde su implantación y animamos a todas las unidades a que lo implanten, ya que sus beneficios son muy positivos y su coste mínimo.Estaremos dispuestos a exponerlo si se considera por la dirección.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1043 ========== ***

Nº de registro: 1043

Título
RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

Autores:
RODRIGO AYLAGAS MARIA PILAR, AGUILERA ENGUITA NATALIA, OLMOS BAQUEDANO CRISTINA, CASTELLANO PALLARES ELSA, HERMOSILLA CABRERIZO TRINIDAD, TOYAS MIAZZA CARLA, ESQUILLOR RODRIGO MARIA JOSE, ESPUELAS MONGE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: el proyecto va dirigido a los profesionales de la planta
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La complejidad de manejo del paciente ingresado en la unidad de Medicina Interna C requiere de una serie de conocimientos y habilidades que no están al alcance de un único profesional, por tanto se hace imprescindible el trabajo en equipo, que permita un abordaje completo e integral de las necesidades del enfermo.
A esto se le suma que la unidad de MIC, es una planta con continuos cambios de personal debido a la carga de trabajo, por lo que se hace complicado formar un equipo interdisciplinar sólido.
Se define como equipo interdisciplinar el que está constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependientes e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Puede valorar al enfermo por separado pero intercambian la información de una forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados.

Ventajas del trabajo en equipo:
-Acceso a un mayor número de servicios y profesionales.
-Mayor eficiencia por mayor integración y coordinación de servicios para el paciente.
-Mayor comunicación y soporte entre profesionales.
-Mayor número de oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades de máxima calidad.

La colaboración y la comunicación entre los miembros del equipo de salud es una de la variables sobre las que pivota la calidad asistencial, teniendo una relación directa sobre:
1. Los resultados en el paciente.
2.Los eventos adversos.
3.Las estancias hospitalarias.
4.El estrés de los profesionales.

Este proyecto de mejora nace de la iniciativa de varios profesionales de la unidad de MIC para mejorar la comunicación entre los miembros del equipo, con el objetivo final de mejorar la calidad de la asistencia que se presta a los pacientes ingresados. Para ello, la propuesta es la puesta en marcha de REUNIONES DIARIAS DEL EQUIPO MEDICO Y ENFERMERIA, con el fin de establecer una comunicación fluida en relación a la información obtenida del estado y la situación clínica de los enfermos y en relación también a la toma de decisiones conjuntas sobre las actuaciones que cada uno de los profesionales del equipo debe llevar a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS
Este proyecto de mejora va dirigido directamente al personal que trabaja en la unidad de Medicina Interna C y con él queremos conseguir los siguientes objetivos:

1- Mejorar las relaciones entre el personal que forma el equipo interdisciplinar.

2- Disminuir complicaciones en la asistencia, relacionadas con la falta de comunicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1043

1. TÍTULO

RAPPORT EN LA MIC (MEDICINA INTERNA C)

3-Aumentar la calidad en la atención de los pacientes.

MÉTODO
- Se van a realizar sesiones diarias, de lunes a viernes, entre el personal medico y el de enfermeria (incluidos enfermeros y técnicos auxiliares).

- Se realizaran planilla con información relevante del paciente.

-Encuesta para medir la satisfacción de los profesionales que participen en el proyecto (tipo likert).

INDICADORES
- El indicador será el numero de reuniones realizadas en el año, teniendo en cuenta que los fines de semana y festivos no se realizarán.
Las mediremos mensualmente, con un estándar de 14.

- Conseguir mejorar la relación entre los miembros del equipo, midiendo con una escala tipo likert. Pasaremos esta escala al inicio, a mitad y al finalizar el proyecto.

DURACIÓN
Duración de un año.

Calendario de actividades:

- Marzo y abril: elaborar el proyecto, planilla y escala.

- 10 de abril puesta en marcha las sesiones y pasar escala de satisfacción.

- Cada mes resumen de sesiones.

- Octubre: Volveremos a pasar escala de satisfacción al personal.
Resumen de sesiones de 6 meses.

- Abril 2020: Fin proyecto, pasar escala de satisfacción y medir el numero total de sesiones.

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 - 2018/1016

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE PRATS RIVERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA CUEVA BARRAO LETICIA
DELGADO CASTRO MOTSERRAT
FALGAS LACUEVA MARINA
NAVARRO BELTRAN PABLO
RAZOLA ALBA PAULA
SANGROS SAHUN MARIA JOSE
TARDIN CARDOSO LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Tumores hematológicos:
Documentos:
Indicaciones PET-TC en Mieloma múltiple
Indicaciones PET-TC en linfoma Hodgkin
Indicaciones PET-TC en linfoma no Hodgkin
Revisadas por la Dra. de la Cueva
o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HUMS
o En revisión por el subcomité HCULB (recién constituido)
- Aprobadas provisionalmente

- Cáncer de pulmón:
Documento:
Indicaciones PET-TC en cáncer de pulmón
A. Carcinoma no microcítico de pulmón
B. Carcinoma microcítico de pulmón
C. Otros tumores pulmonares y torácicos
Revisadas por la Dra. Razola
o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
-Aprobadas

- Cáncer de mama
Documento:
Indicaciones PET-TC en cáncer de mama
Revisadas por el Dr. Prats y la Dra. Álvarez
o Realizadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
o Aprobadas

- Melanoma
Documento:
Indicaciones PET-TC en melanoma
Revisadas por la Dra. Delgado
o Realizadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
o Aprobadas

- Cánceres urológicos
Documentos:
PET/TC con 18F-Colina en el Carcinoma de próstata
PET/TC con 18F-FDG en el Carcinoma renal
PET/TC con 18F-FDG en el Carcinoma vesical
PET/TC con 18F-FDG en tumores del tracto urinario superior
PET/TC con 18F-FDG en tumores de pene
PET/TC con 18F-FDG en tumores testiculares
Revisadas por la Dra. Falgas y Dra. De la Cueva
o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
-Aprobadas

- Cáncer de tiroides
Documentos:
Indicaciones PET-TC en cáncer de Tiroides:
Carcinoma diferenciado de tiroides

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1016

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Carcinoma medular de tiroides
Carcinoma anaplásico de tiroides
Revisadas por Dr. Prats
o Realizadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
o Aprobadas

- Cánceres de cabeza y cuello
Revisadas por el Dr. Navarro
Documentos:
Indicaciones PET-TC en tumores de cabeza y cuello. Se excluyen:
Cáncer de tiroides
Melanoma de submucosa
Tumores de glándulas salivares
o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HUMS

- Tumores pediátricos
Revisadas por el Dra. de la Cueva
Documentos:
Indicaciones PET-TC en tumores de cabeza y cuello. Se excluyen:
Cáncer de tiroides
Melanoma de submucosa
Tumores de glándulas salivares
o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HUMS (no hay comité en el HULB)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Indicador:
- Número de Indicaciones revisadas y redactadas por la Unidad Clínica Multidisciplinaria de Medicina Nuclear deAragón: 8 de 8 (100%)

- Indicador:
- Número de Indicaciones consensuadas por subcomités de tumores de ambos hospitales 6 de 8. En tumores hematológicos se acaba de constituir el subcomité del HCULB (enero 2020), por lo que no se ha podido consensuár aún (se siguen provisionalmente las del HUMS), y en cabeza y cuello se siguen las del HUMS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han consensuado Indicaciones del PET-TC para las neoplasias que incialmente sevan a valorar en el PET de la UCMHMNA, logrando optimizar optimizar el rendimiento del nuevo equipo PET-TC y evitar exploraciones innecesarias que aumentan la dosis de radiación recibida de forma injustificada.
De poder incrementar el número de pacientes estuduados en el PET-TC del SALUD, se redactarían indicaciones consensuadas para las neoplasias que se incluyan.
Consideramos pues, este proyecto sostenible y de una indudable repercusión clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1016 ========== ***

Nº de registro: 1016

Título
PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Autores:
PRATS RIVERA ENRIQUE, DE LA CUEVA BORRAO LETICIA, DEGADO CASTRO MONTSERRAT, FALGAS LACUEVA MARINA, NAVARRO BELTRAN PABLO, RAZOLA ALBA PAULA, SANGROS SAHAUN MARIA JOSE, TARDIN CARDOSO LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1016

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

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

PROBLEMA
El PET-TC es una técnica de diagnóstico por imagen de la especialidad de Medicina Nuclear con alto impacto en áreas como el diagnóstico oncológico, neurología, cardiología y patología infeccioso-inflamatoria. Sus indicaciones han aumentado desde comienzos del siglo actual al crecer la disponibilidad de los equipos y la investigación científica en torno a su eficacia y eficiencia.
Dada la inminente implantación en el Sistema público de salud de la Comunidad Aragonesa, del equipo PET-TC en la Unidad de Medicina Nuclear, es necesario delimitar cuando está indicada la solicitud de la exploración. Basándonos en la demanda actual consideramos necesario optimizar el uso de este equipo y de los recursos disponibles para su puesta en marcha.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer las indicaciones de realización de PET-TC basadas en la evidencia científica actual en patología oncológica para optimizar el rendimiento del nuevo equipo PET-TC y evitar exploraciones innecesarias que aumentan la dosis de radiación recibida de forma injustificada (seguridad)

- Consensuar las indicaciones de realización de PET-TC de cada patología con cada uno de los subcomités clínicos responsables.

MÉTODO
- Selección de las patologías que se van a estudiar. De inicio se pretende elaborar las indicaciones que van a ser asumidas por el PET-TC de la UCMHMNA:
  - Tumores hematológicos
  - Cáncer de pulmón
  - Cáncer de mama
  - Melanoma
  - Cánceres de cabeza y cuello
  - Cánceres urológicos
  - Cáncer de tiroides
  - Tumores pediátricos en los que se recomienda PET-TC

- Revisión bibliográfica de guías de práctica clínica actualizadas
- Elaboración de documento breve con las indicaciones de cada patología
- Puesta en común en el subcomité pertinente
- Incluir sugerencias de subcomités
- Presentación en el Comité de Tumores

INDICADORES
-Número de documentos realizados/ Número total de procedimientos PET-TC asumidos
2018: 75%
2019: 100%
Evaluación previa a la puesta en marcha del equipo PET-TC

DURACIÓN
El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.
Se presentarán los documentos en los diferentes subcomités una vez elaborados y posteriormente a las Unidades de Calidad.

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 - 2019/0517

1. TÍTULO

MEJORA DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN LA CONSULTA DE VACUNAS

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO HERNANDEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POZO RINCON ALICIA
GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO
MARECA DOÑATE ROSA
PITARQUE PEÑIFER FERNANDO
RODRIGUEZ LUANGO ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2019 se desarrollaron y completaron todas las actividades previstas en este proyecto de mejora.
1. Se ha integrado la herramienta Salud-Informa en la gestión de las citas de nuestra consulta de vacunas. Para ello se ha gestionado y verificado que funciona adecuadamente y que se envían los SMS recordando las citas en nuestra consulta con varios días de antelación a aquéllos de nuestros pacientes que han cursado la activación de dicha opción de la herramienta Salud-Informa. Asimismo, se ha habilitado al secretario de nuestro Servicio en la aplicación SIRESA para que pueda visualizar todas las solicitudes de cambios/anulaciones de citas en nuestra consulta realizadas por nuestros pacientes a través de la herramienta Salud-Informa.
2. Se ha promovido la utilización de la herramienta Salud-Informa entre todos los pacientes atendidos en nuestra consulta para que, entre otras, reciban un SMS recordándoles sus citas con varios días de antelación
3. Se ha recordado a todos los pacientes atendidos en nuestra consulta la importancia de que acudan a nuestra consulta ajustándose a las fechas asignadas
4. Para lo anterior se ha incluído en el díptico informativo sobre nuestra consulta de vacunas, que se entrega a nuestros pacientes, las instrucciones de cómo proceder en caso de no poder acudir en el día asignado. Además, se han elaborado etiquetas que se pegan en cada hoja de citación en las que se especifica la importancia de acudir a consulta en la fecha asignada, así como se describen las instrucciones de cómo deben gestionar los pacientes sus citas en nuestra consulta en caso de no poder acudir en el día asignado, y cómo deben hacer para recibir un SMS recordándoles sus citas con varios días de antelación
6. Se ha monitorizado la frecuencia de absentismo de nuestros pacientes tras implementar todas las medidas descritas anteriormente (la mencionada monitorización se ha realizado desde el 15 octubre al 15 diciembre 2019)
7. Se ha realizado la evaluación de la implementación del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Porcentaje de absentismo de los pacientes en primeras citas en nuestra consulta: 11%
- Porcentaje de absentismo de los pacientes en citas sucesivas en nuestra consulta:10%
Para la obtención de los dos indicadores anteriores se utilizó como fuente de información el registro de la actividad de nuestra consulta de vacunas, en la que se apunta si el paciente acude o no a consulta.

Para ambos indicadores, pese a no haberse alcanzado el estándar propuesto (de <6%), se ha de indicar que los resultados obtenidos mejoran los descritos en nuestra consulta antes de llevar a cabo este proyecto de mejora (con tasas de absentismo, en años anteriores, del 13,7% en primeras citas y del 11,7% en citas sucesivas)*.

*Hernández-García I, Chaure-Pardos A, Moliner-Lahoz J, Prieto-Andrés P, Mareca-Doñate R, Giménez-Júlvez T, et al. Absentismo, y factores asociados, en las citas programadas de una consulta externa de Medicina Preventiva. J Healthc Qual Res 2018;33:82-87.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Con las actividades desarrolladas en este proyecto se ha promovido, de una manera fácil y barata, el uso de una herramienta muy útil como es Salud-Informa que, entre otras, permite recibir SMS recordando las citas con varios días de antelación. Cabe señalar que esta herramienta no era conocida por la mayoría de nuestros pacientes.
- Además, ha permitido que la dirección de nuestro centro fuera conocedora de que, en aquellas consultas que cuentan con secretaría propia para gestionar las citas, se les debía dar acceso a la aplicación SIRESA para que pudiran visualizar las solicitudes de cambios/anulaciones de citas en sus consultas realizadas por sus pacientes a través de la herramienta Salud-Informa.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/517 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0517

1. TÍTULO

MEJORA DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN LA CONSULTA DE VACUNAS

Nº de registro: 0517

Título
MEJORA DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN LA CONSULTA DE VACUNAS

Autores:
HERNANDEZ GARCIA IGNACIO, POZO RINCON ALICIA, GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO, MARECA DOÑATE ROSA, PITARQUE PEÑIFER FERNANDO, RODRIGUEZ LUANGO ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes susceptibles de vacunación por su patología de base o tratamiento inmunosupresor que tome
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El absentismo del paciente a sus citas programadas representa un importante obstáculo en el coste-efectividad de la asistencia sanitaria, así como en la seguridad de los pacientes. Entre otras situaciones, genera infrautilización de recursos (humanos y materiales), costes derivados de proporcionar nuevas citas, incremento de listas de espera e implicaciones negativas en la salud por posibles retrasos diagnósticos, terapéuticos o implementación de medidas preventivas. Por ello, diversos autores consideran que su evaluación ha de ser parte del control de la calidad para la mejora continua, ya que representa un indicador de la gestión hospitalaria.
En un estudio realizado en nuestra consulta de vacunas se ha detectado una tasa de absentismo del 12,5% (73/582); en particular, dicha tasa fue del 13,7% (34/249) en primeras citas y del 11,7% (39/333) en citas sucesivas. Todo ello supone el haber detectado varias áreas y oportunidades de mejora relacionadas con esta actividad, particularmente en lo que respecta a los siguientes aspectos:
• Adecuación a la sistemática de consultas de atención ambulatoria del centro, en relación a integrar la herramienta Salud-Informa en la gestión de nuestras citas
• Gestión eficiente de recursos

RESULTADOS ESPERADOS
• Reducir el absentismo de los pacientes en primeras citas en nuestra consulta de vacunas.
• Reducir el absentismo de los pacientes en citas sucesivas en nuestra consulta de vacunas.

MÉTODO
- Integrar la herramienta Salud-Informa en la gestión de nuestras citas.
- Promocionar la utilización de la herramienta Salud-Informa entre todos los pacientes atendidos en nuestra consulta.
- Recordar a todos los pacientes la importancia de que acudan a nuestra consulta ajustándose a las fechas asignadas.
- Incluir en el díptico informativo que se entrega a nuestros pacientes sobre nuestra consulta de vacunas, instrucciones de cómo deben gestionar sus citas en nuestra consulta en caso de no poder acudir en el día asignado.
- Monitorizar la frecuencia de absentismo de nuestros pacientes tras implementar las medidas descritas anteriormente.

INDICADORES
- Porcentaje de absentismo de los pacientes en primeras citas en nuestra consulta (<6%)
- Porcentaje de absentismo de los pacientes en citas sucesivas en nuestra consulta (<6%)

Los indicadores seleccionados para evaluar los resultados de esta acción se medirán, al finalizar el año, a partir del documento “Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública”, que recoge todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora.

DURACIÓN
- Marzo-Abril: Integrar la herramienta Salud-Informa en la programación de nuestras citas. Verificar que funciona adecuadamente y que se envían los sms recordando las citas a los usuarios que tengan activo dicho sistema (responsables: I. Hernández, Jose Ignacio García y Fernando Pitarque)
- Mayo-Junio: Elaboración de material específico para promocionar la utilización de la herramienta Salud-Informa entre todos los pacientes atendidos en nuestra consulta.
Inclusión en el díptico informativo que se entrega a nuestros pacientes sobre nuestra consulta de vacunas, instrucciones de cómo deben gestionar sus citas en nuestra consulta en caso de no poder acudir en el día asignado. (Responsables: I. Hernández, Alicia Pozo, Rosa Mareca, Fernando Pitarque y Rosario Rodríguez)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0517

1. TÍTULO

MEJORA DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN LA CONSULTA DE VACUNAS

- Julio-Octubre: Implementación de las medidas de mejora para intentar reducir el absentismo (distribuir el díptico informativo actualizado a los pacientes, promocionar la utilización de la herramienta Salud-Informa entre los pacientes atendidos en nuestra consulta y recordar a todos los pacientes la importancia de que acudan a nuestra consulta ajustándose a las fechas asignadas).
Monitorización del absentismo de pacientes.
(Responsables: I. Hernández, Alicia Pozo, Jose Ignacio García, Rosa Mareca y Fernando Pitarque).
- Noviembre-Diciembre: Evaluación de resultados (cumplimiento de actividades y cuantificación de los indicadores).
(Responsable: I. Hernández).

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 - 2019/0660

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE REGISTRO Y ANALISIS DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JAVIER MOLINER LAHOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AIBAR REMON CARLOS
YAGUE ALVAREZ PILAR
TEJERO TOMAS MARIA PILAR
POZO RINCON ALICIA
HERNANDEZ GARCIA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En total el sistema ha registrado 26 incidencias durante el año 2019

5 de las notificaciones fueron realizadas por el “equipo de enfermería” y las 21 restantes por parte de 3 facultativos del Servicio.

Se estableció un periodo de prueba durante el mes de marzo: Se recogieron 12 notificaciones, que se revisaron de forma conjunta en la reunión del Servicio del viernes 5 de abril.

En la reunión del Servicio del día 12 de abril se revisaron tres casos:
- No detección de un caso SARM en la búsqueda de laboratorio por no incluir “consultas externas” en el filtro
- Paciente vista en consulta como primer día, que ya había sido vista con anterioridad
- Error en la hora de cita de un paciente, que había recibido en casa una hoja de cita con el horario equivocado

A partir de esa fecha se produjeron 2 notificaciones en el mes de abril, 2 en mayo, 6 en junio y 1 en septiembre.

Por diversas razones, en las posteriores reuniones del Servicio (una en abril, tres en mayo, dos en junio y dos en julio) no fueron analizados los casos notificados.
No se han producido más notificaciones al sistema.

El texto completo de las incidencias registradas se encuentra en el cajón compartido de la intranet del Hospital (Seguridad clínica/calidad/Registro de incidencias)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos comprobado que el sistema de registro de incidencias no ha sido aceptado por el Servicio, tal como fue planteado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoraremos reorientar el sistema en otra dirección

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/660 ========== ***

Nº de registro: 0660

Título
ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE REGISTRO Y ANALISIS DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

Autores:
MOLINER LAHOZ JAVIER, AIBAR REMON CARLOS, YAGUE ALVAREZ PILAR, TEJERO TOMAS MARIA PILAR, POZO RINCON ALICIA, HERNANDEZ GARCIA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0660

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE REGISTRO Y ANALISIS DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

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
El Hospital Clínico está adherido desde hace 5 años al Sistema de Notificación para el Aprendizaje en Seguridad de Pacientes (SiNASP), tiempo en el que se ha consolidado la notificación y el análisis de incidentes de seguridad como una actividad útil para aprender y mejorar.
Con el impulso de la Comisión de Seguridad y Mortalidad se realizan actividades de divulgación que tratan de fomentar la notificación de incidentes y eventos adversos y el análisis de causas. Este impulso ha llevado a que en algunas áreas del Hospital, como el Servicio de Urgencias, se haya implantado desde hace más de un año un sistema propio de notificación y análisis de incidencias que cuenta con la participación de un número elevado de profesionales, y que es considerado un caso de éxito.
Los sistemas de registro de incidencias (problemas en el proceso de asistencia, independientemente de si hubo daño al paciente) son obligatorios para los hospitales de algunos países, en Holanda desde el año 2016, y sirven para el registro de casos sobre todo por parte del personal de enfermería (De Vos et al. BMJ Quality & Safety 2018)
Los términos conceptos de “Incidencia” y “No conformidad” son utilizados en el sistema de la normas ISO para registrar los casos en que se han cumplido los criterios de calidad. Aunque en el Servicio de Medicina Preventiva no tenemos normalizados por escrito todos los procedimientos necesarios para obtener la certificación ISO, podríamos crear un procedimiento de registro y análisis de las incidencias que detectamos en nuestro ámbito de actuación.
Con la finalidad de identificar las oportunidades de mejora que se encuentren en nuestro campo de trabajo, definiremos las “incidencias” como los episodios en el funcionamiento del Servicio en que identificamos un fallo que se podría haber evitado si hubiéramos actuado de otra manera o si los sistemas de trabajo fuesen otros.
Como para mejorar primero hay que medir, proponemos mantener un registro de incidencias que puedan cumplimentar todos los profesionales del Servicio, con el objetivo de cuantificarlas, analizar cada caso dentro del grupo de mejora del Servicio, distinguir entre casos esporádicos y casos frecuentes, y evaluar si como consecuencia del análisis conviene modificar algún sistema.

RESULTADOS ESPERADOS
o Conocer qué casos en los que se identifican problemas en trabajo del Servicio (retrasos en la asistencia, pérdidas de información y de esfuerzos, incidentes), se considera que son mejorables y tienen una posibilidad de aprendizaje y de mejora.
o Cuantificar la frecuencia y los tipos de incidencias detectados, así como las propuestas de mejora asociadas.

MÉTODO
Una incidencia es un hecho que cualquier componente del SMP ha observado en su trabajo, y del que considera que se puede obtener un aprendizaje.
La finalidad del registro es conocer la frecuencia de determinados tipos de problemas, y dar a todos la posibilidad de anotar los casos para un análisis posterior en las reuniones del Servicio.
El formato inicial del registro es simple, con solo dos datos: 1. Descripción de los hechos (respondiendo a la pregunta ¿qué ocurrió?) y 2. Propuestas de aprendizaje y/o cambios de procedimientos de actuación, (respondiendo a cuestiones como “¿qué cambiarías?” o “esto no hubiera pasado si…”).
Generar un registro de los casos a través de un formato de fichero de texto, un solo fichero compartido por todos los profesionales del Servicio, en el que todos pueden escribir las incidencias observadas.
El fichero de texto estará en un espacio del cajón común, accesible para todos.
Una o dos personas del grupo de mejora se ocuparán cada mes de leer los casos registrados y pedir aclaraciones en caso necesario, y hacer un resumen y análisis para la reunión periódica.
Se llevará un recuento de los casos analizados en las reuniones del Servicio de los viernes.

INDICADORES
o Número de incidencias registradas cada mes
o Número de incidencias analizadas cada mes en el grupo de mejora
o Número de incidencias al mes en que, tras el análisis, se produce un cambio.

DURACIÓN
Fecha de inicio: 01/04/2019
Fecha de fin: 31/12/2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0660

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE REGISTRO Y ANALISIS DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

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 - 2019/1317

1. TÍTULO

REESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO GARCIA MONTERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARECA DOÑATE ROSA
YAGUE ALVAREZ PILAR
FELIX MARTIN MANUELA
ROMAN CALDERON FRANCISCO
LAGUIA MARTIN PILAR
PRIETO ANDRES PURIFICACION
AIBAR REMON CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión de los procesos de Vigilancia de IN y adaptación a los planteamientos nacionales y autonómicos (PARCIAL).
• Durante 2019 se ha realizado la revisión detallada de la Vigilancia de Infección Quirúrgica por procedimiento quirúrgico, analizando el cambio de CIE-9-MC a CIE-10-ES. Esta revisión ha puesto de manifiesto la dificultad de comparar ambos sistemas de codificación para la definición de los procedimientos quirúrgicos, fundamentalmente por la extrema complejidad (y cambios todavía no definitivos) en el sistema CIE-10-ES. Se concluye finalmente que no es viable mantener el sistema previo (hasta 2015, en que se usaba CIE-9-MC) y es necesario definir de forma precisa los procedimientos que interesa vigilar de forma conjunta y consensuada con los Servicios Quirúrgicos. La concurrencia del sistema de Vigilancia de Infección de Localización Quirúrgica Autonómico (IRASPROA), ha desaconsejado persistir en el desarrollo propio hasta tener una propuesta autonómica definitiva.
• Durante 2019, el Grupo IRASPROA ha diseñado y desarrollado el Sistema de registro para la Vigilancia de Infección de Localización Quirúrgica a nivel Autonómico. Este sistema se basa en la Historia Clínica Electrónica Unificada de Aragón, y se ha programado su inicio en todos los Hospitales del SALUD a partir de enero de 2020. Aunque el registro está en fase operativa, no está definitivamente consolidado. Además, el incremento de carga de trabajo que supone cumplimentar este registro de forma completa no se ha evaluado de forma completa, ni se han planificado los procesos de soporte asociados para su consecución.
• También durante 2019, el Grupo IRASPROA ha trabajado en la definición y desarrollo de un Sistema de registro para la Vigilancia de Gérmenes Multirresistentes. En diciembre se presentó un primer borrador que está pendiente de finalizar. Una vez revisado y aprobado, faltará el desarrollo informático del sistema de registro (basado en HCE). Este retraso en el desarrollo autonómico ha conllevado la reforma mínima de nuestro sistema de registro y análisis de GMR.
• El resto del Sistema Global de Vigilancia de las IRAS (Bacteriemias, Infección en UCI y Brotes) no ha tenido avances significativos a nivel autonómico. Vista la dificultad para definirlo de forma consensuada con los demás agentes implicados, y para evitar trabajo infértil, no se han realizado avances en nuestro centro.
• La implantación prevista del WASPSS (herramienta informática ofrecida por la AEMPS a nuestro hospital, en el contexto de apoyo a los PROA hospitalarios), no se ha llegado a realizar en 2019. Esta herramienta, tenía la intención de apoyar también el proceso de vigilancia de las IRAS y aunque se ha avanzado en su desarrollo a nivel nacional, no está todavía operativa.
Redacción definitiva de los procesos y cambios requeridos en el Sistema de Vigilancia de IN (NO REALIZADO)
• La imposibilidad de definir de forma definitiva la Vigilancia de la Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria, explicada en el punto anterior (ILQ y GMR fundamentalmente), ha impedido avanzar en este apartado del proyecto.
Implementación de los cambios (PARCIAL).
• Se han depurado algunos procesos y registros en el área de la Vigilancia de GMR, mejorando el sistema vigente. Esto ha permitido obtener datos de la incidencia de GMR durante el año anterior en nuestro hospital de forma más ágil que en años anteriores y está previsto que permita analizar la realidad de 2019 en el mes de febrero de 2020.
• Se ha avanzado bastante en las definiciones asociadas a la vigilancia de las IRAS en la herramienta WASPSS, pero sin que se haya podido implementar y comprobar su utilidad real.
Evaluación de resultados (NO REALIZADO)
• Los escasos avances, ya explicados, en los procesos previos ha impedido tener resultados reales y definitivos en ninguna de las áreas de la Vigilancia de las IRAS previstas inicialmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Definir los procesos de Vigilancia y Control de IN que finalmente se adopten: INCOMPLETO. Aunque se han modificado algunas definiciones del Sistema de Vigilancia (como todo el proceso de vigilancia de GMR), no es definitivo ni puede considerarse como completo.
Implementación del Sistema de Vigilancia y Control global: NO REALIZADO. Pendiente de concretar las fases previas.
Evaluación del Sistema de Vigilancia y Control: NO REALIZADO. Pendiente de concretar las fases previas.
Informe final: NO REALIZADO. Pendiente de concretar las fases previas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La revisión y reestructuración del Sistema de Vigilancia de Infección Nosocomial es un proceso complejo y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1317

1. TÍTULO

REESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL

dependiente de muchos factores ajenos al propio servicio (organizativos, personales, de recursos informáticos, etc.). Seguimos sin disponer de sistemas definitivos (tanto a nivel autonómico y entre los diversos hospitales del SALUD, como a nivel nacional Ministerio de Sanidad – CISNS) que se puedan tomar como referencia. Además hay nuevas áreas de trabajo que afectan a nuestro servicio, que posiblemente conlleven un incremento de las cargas de trabajo, sin que se hayan contemplado recursos adecuados.
La escasez de recursos (informáticos, humanos, etc.) dificulta al mismo tiempo implantar nuevas propuestas, que ofrecen mayor utilidad, pero exigen más carga de trabajo.
Será necesario contar con mayor apoyo de otros niveles implicados (Regionales y Nacionales), para poder llevar a efecto las propuestas de cambio que persisten desde hace más de dos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1317 ========== ***

Nº de registro: 1317

Título
REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

Autores:
GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO, MARECA DOÑATE ROSA, YAGUE ALVAREZ PILAR, FELIX MARTIN MANUELA, ROMAN CALDERON FRANCISCO, LAGUIA MARTIN PILAR, PRIETO ANDRES PURIFICACION, AIBAR REMON CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPySP) mantiene un sistema de vigilancia de la Infección Nosocomial (IN) prospectivo, activo, continuo y global. Este sistema consume una gran cantidad de recursos humanos. Ante la situación cambiante en el entorno sanitario, la vigilancia y control de la Infección Nosocomial necesita adaptarse estas nuevas situaciones: cambio en los gérmenes más prevalentes; pacientes cada vez más complejos y con alta comorbilidad; incremento de infecciones por gérmenes multirresistentes; aplicación de programas específicos como RZ y PROA; desarrollo y ampliación de las TICs relacionadas con la atención de los pacientes; etc.
A nivel institucional además se pretende organizar un Sistema de Vigilancia específico de las Infecciones Nosocomiales y las IRAS (Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria). Por un lado, el Ministerio de Sanidad ha impulsado con las CCAA un grupo de trabajo para implantar a medio plazo un Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS. Por otro lado, el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón ha creado a su vez un grupo de trabajo – Grupo IRASPROA - con el mismo objetivo (crear un Sistema de Vigilancia de las IRAS que unifique los criterios en los hospitales de la CCAA, y sirva a su vez para dar respuesta al Sistema de Vigilancia Nacional).
Por todo ello, en 2018 se realizó la revisión del actual Sistema de Vigilancia de la Infección Nosocomial, y se plantearon las bases para su adaptación a las líneas de trabajo autonómica y nacional.
Se han definido las áreas prioritarias, así como las oportunidades de mejora relacionadas con estas actuaciones, y en 2019 se pretende su implementación y consolidación:
- Sistema de vigilancia y control de la infección quirúrgica.
- Vigilancia y control de Bacteriemias.
- Vigilancia y control de pacientes con GMR.
- Estudio EPINE y estudios de prevalencia.
- Vigilancia y control de infección en UCI.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos específicos del presente programa de mejora son los siguientes:
- Sustitución del actual Sistema de Vigilancia de la IN de nuestro Servicio, por otro sistema más específico y eficiente, de acuerdo a las áreas prioritarias y a las líneas definidas tanto por el MSCBS como por el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.
- Seleccionar los procesos de Vigilancia de IN que finalmentedeben modificarse, incorporarse y derogarse.
- Definir detalladamente los procesos de Vigilancia de IN seleccionados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1317

1. TÍTULO

REESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL

• Implantar dichos procesos y evaluar su cumplimiento, para realizar las correcciones y adaptaciones necesarias.

MÉTODO
Plan de actividades previsto para el desarrollo de la acción de mejora relativa a la reestructuración del Sistema de Vigilancia de Infección:
1. Revisión de los procesos de Vigilancia de IN definidos inicialmente y adaptación a los planteamientos nacionales y autonómicos (estos últimos todavía no finalizados).
2. Redacción definitiva y detallada de los procesos seleccionados y los cambios requeridos en el Sistema de Vigilancia de IN para su adopción.
3. Implementación de los cambios.
4. Evaluación de resultados: aplicabilidad real de los procesos definidos y adaptación consiguiente.

INDICADORES
Los indicadores seleccionados para evaluar los resultados de esta acción se medirán, al finalizar el año, a partir del documento "Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública", que recoge todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora.
Objetivos e Indicadores:
• Definir los procesos de Vigilancia y Control de IN que finalmente se adopten: Documento específico para cada una de las 5 áreas definidas. (%)
• Implementación del Sistema de Vigilancia y Control global: listado de todos los indicadores definidos en cada uno de los 5 procesos y recuento de su medición (% de indicadores medidos sobre los planteados)
• Evaluación del Sistema de Vigilancia y Control: Índice sintético de cada uno de los 5 procesos (media ponderada de los indicadores incluidos en cada proceso).
• Informe final: evaluación de la implementación de los 5 procesos, y plan de mejora específico para cada uno de ellos (modificaciones necesarias, cronograma de adaptación, etc)

DURACIÓN
• Abril-Mayo: Revisión conjunta con personal de enfermería de los 5 procesos definidos.
• Mayo-Junio: Redefinición de los procesos de vigilancia y control, de acuerdo a la redistribución de trabajo del personal médico y de enfermería.
• Junio-Julio: Implantación progresiva del nuevo Sistema de Vigilancia.
• Septiembre-Diciembre: Adaptación del procedimiento, en base a la evaluación, e implementación de los cambios precisos.
• Enero-2020: Evaluación final.

OBSERVACIONES
PROYECTO QUE CONTINÚA DESDE 2018

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0098

1. TÍTULO

CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO Y AL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DIRIGIDO DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA SOLEDAD SALVO GONZALO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALGARATE CAJO SONIA
MENDOZA LOPEZ CLAUDIA
MATOVELLE OCHOA CRISTINA
CONDADO CONDADO HECTOR
PERERA LERIN ANA ISABEL
SOLER LUQUE LAURA
IBAÑEZ DELER ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizamos los siguientes informes preliminares:
• Tinción de Gram de las botellas de hemocultivo tras la incubación y una vez detectado crecimiento
• Identificación a partir de cultivos con resultados significativos.
• Identificación rápida a partir de las botellas positivas de los hemocultivos mediante espectrometría de masas.
En cada caso se elabora el informe especificando "Informe preliminar" y se procede a la validación y envío a través de las impresoras del Sº de Medicina Intensiva. Además, se contacta telefónicamente con el busca 710566 en caso de pacientes hospitalizados en UCI Central. Para información del resto de pacientes se contacta por teléfono con el
médico responsable del paciente o con los facultativos del grupo PROA bacteriemia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante 2019 se recibieron 1455 hemocultivos de pacientes hospitalizados en UCI.
De éstos, 229 fueron positivos. Correspondían a 85 pacientes.
Se realizaron 137 informes preliminares totales (59,83% de los hemocultivos positivos).
Se realizaron informes preliminares a 76 pacientes con hemocultivos positivos (89,42%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Esta actuación va dirigida a informar resultados que puedan contribuir al diagnóstico o tratamiento del paciente ingresado en UCI aun cuando la prueba no esté terminada y que pueda ir seguida de una actuación clínica por parte del facultativo responsable.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/98 ========== ***

Nº de registro: 0098

Título
CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO Y AL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DIRIGIDO DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Autores:
SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD, ALGARATE CAJO SONIA, MENDOZA LOPEZ CLAUDIA, MATOVELLE OCHOA CRISTINA, CONDADO CONDADO HECTOR, PERERA LERIN ANA ISABEL, SOLER LUQUE LAURA, IBAÑEZ DELER ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
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.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0098

1. TÍTULO

CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO Y AL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DIRIGIDO DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

PROBLEMA
Una de las funciones principales del laboratorio de Microbiología es el diagnóstico de la bacteriemia o de la fungemia. Bacteriemia y fungemia son complicaciones graves de las infecciones y pueden asociarse a una elevada mortalidad. Es necesario conocer el foco de infección e instaurar un tratamiento antibiótico. Desde el laboratorio de Microbiología, a través de informes preliminares podemos proporcionar información al clínico que ayude a instaurar el tratamiento antibiótico adecuado a la mayor brevedad posible, lo que permite mejorar la supervivencia de los pacientes. El clínico espera un diagnóstico rápido, que contribuya a la toma de decisiones en aquellas situaciones que así lo precisen.
Esta actuación va dirigida a informar resultados que puedan contribuir al diagnóstico o tratamiento del paciente ingresado en UCI aun cuando la prueba no esté terminada y que pueda ir seguida de una actuación clínica por parte del facultativo responsable.

RESULTADOS ESPERADOS
En 2018 se enviaron informes preliminares del 59,8% de los hemocultivos positivos solicitados desde el Servicio de Medicina Intensiva, que correspondían al 96,7% de los pacientes con hemocultivos positivos. Esperamos conseguir resultados similares durante este año.

MÉTODO
Realizamos los siguientes informes preliminares:
• Tinción de Gram de las botellas de hemocultivo tras la incubación y una vez detectado crecimiento
• Identificación a partir de cultivos con resultados significativos.
• Identificación rápida a partir de las botellas positivas de los hemocultivos mediante espectrometría de masas.
En cada caso se elabora el informe especificando “Informe preliminar” y se procede a la validación y envío a través de las impresoras del Sº de Medicina Intensiva. Además, se contacta telefónicamente con el busca 710566 en caso de pacientes hospitalizados en UCI Central. Para información del resto de pacientes se contacta por teléfono con el médico responsable del paciente o con los facultativos del grupo PROA bacteriemia.

INDICADORES
50% de los hemocultivos positivos con informe preliminar Los datos estarán disponibles en el laboratorio.
Se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio.

DURACIÓN
Fecha de inicio 1 de enero a 31 de 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 - 2019/0175

1. TÍTULO

CONSERVACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESTHER VIDAL GALINDO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEÑA NEBRA ANA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha procedido a la digitalización de todos los documentos (volantes y resultados) de los Hemocultivos positivos del periodo, evitando que se pierdan datos contenidos en los volantes tales como situación clínica del paciente, tratamiento antibiótico previo, presencia de dispositivos, antecedentes microbiológicos etc… y con la finalidad de que fueran más accesibles y no ocuparan espacio físico, pudiendo prescindir del papel en caso de que la Dirección del Hospital lo considere oportuno.
Se ha mantenido la documentación original de los volantes de petición de hemocultivos positivos, junto con una copia de los resultados en archivadores en el laboratorio de Microbiología.
No se han detectado incidencias en el manejo de la mencionada información y las consultas al sistema son rápidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el 01 enero al 31 diciembre 2019 se documentaron 2102 Hemocultivos positivos pertenecientes a 950 pacientes. Escaneándose el 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es una práctica rápida, cómoda y permite la accesibilidad a los documentos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/175 ========== ***

Nº de registro: 0175

Título
CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

Autores:
VIDAL GALINDO MARIA ESTHER, PEÑA NEBRA ANA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
El laboratorio de Microbiología genera gran cantidad de información sobre la patología infecciosa de pacientes tanto hospitalizados como extra-hospitalarios.
La información debe ser conservada no solo para ser recuperada cuando sea necesaria con fines asistenciales, sino que además la legislación española establece que los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no sea necesariamente en el soporte original.
En la actualidad los volantes de petición de los hemocultivos positivos junto con una copia de los resultados se guardan en archivadores en el laboratorio de Microbiología durante tiempo indefinido, a pesar de que los resultados están disponibles en el programa informático MODULAD.El motivo es evitar que se pierdan datos contenidos en los volantes tales como situación clínica del paciente, tratamiento antibiótico previo, pruebas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0175

1. TÍTULO

CONSERVACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

complementarias, antecedentes, contactos con facultativos responsables de paciente.....

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las condiciones de conservación de los hemocultivos con resultados positivos, facilitar el acceso a dicha información y mejorar la seguridad de los datos del paciente.

MÉTODO
Escaneo de los volantes originales y de las copias de los resultados. Conservación en archivos digitales.

INDICADORES
99% de los hemocultivos escaneados
Documentación disponible en el servicio de Microbiología

DURACIÓN
01/01/2019 al 31/12/2019

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 - 2019/0215

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES SEMANALES SOBRE LA SITUACION DE LAS INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIOS EN LA TEMPORADA DE GRIPE (DIRIGIDAS AL HOSPITAL)

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOAQUINA GIL TOMAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO RUESCA RAFAEL
ARANSAY LOPEZ RAQUEL
LAPLAZA SOLANO MARIA ANGELES
QUEROL ALQUEZAR MARIA NATIVIDAD
RAMIREZ SOGUERO MARIA LUZ
RODRIGUEZ ANDIA MARIA ISABEL
FIGUER MONTERO NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Estadística diaria y semanal de los resultados de PCR rápida de gripe/VRS solicitadas desde urgenicas o desde los servicios del hospital durante la temporada de gripe.
- Envío de la etadística a los Servicios del Hospital, grupo de la gripes y equipo de Dirección (19 envíos en total).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SEMANA	A	B	VRS	A+B	A+VRS	B+VRS	A+B+VRS	IND	NEG	TOTAL
31/12/2018	8	0	24	0	1	0	0	35	67	135
07/01/2019	25	0	30	0	3	1	0	25	95	179
14/01/2019	44	0	19	0	2	0	0	27	91	183
21/01/2019	44	0	19	0	2	0	0	28	90	183
28/01/2019	61	13	0	1	0	0	0	10	166	251
04/02/2019	59	1	10	0	1	0	0	14	124	209
11/02/2019	65	0	3	0	0	0	0	19	140	227
18/02/2019	61	1	4	0	0	0	0	18	149	233
25/02/2019	51	2	4	0	1	0	1	10	138	207
04/03/2019	34	0	3	0	1	0	0	37	131	206
11/03/2019	24	1	0	0	0	0	0	33	89	147
18/03/2019	23	0	3	0	0	0	0	22	111	159
25/03/2019	17	1	2	0	0	0	0	14	125	145
01/04/2019	11	0	1	0	0	0	0	10	128	150
08/04/2019	11	0	0	0	0	0	0	23	95	129
15/04/2019	2	0	0	0	0	0	0	12	68	82
22/04/2019	1	0	0	0	0	0	0	8	51	60
29/04/2019	2	0	0	0	0	0	0	10	63	75
06/05/2019	0	0	0	0	0	0	0	4	55	59

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Conocer la carga de trabajo que supone la gripe en Urgencias y en Microbiología.
- Disponer de información para un mejor gestión de camas en ralación con las medidas de aislamiento.
- Poder hacer previsiones para la previsión de stock de antigripales.
- Evaluación de los tipos de virus gripal circulantes.
- Evaluación de la repercusión de VRS en la temporada de gripe.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/215 ========== ***

Nº de registro: 0215

Título
ELABORACION DE INFORMES SEMANALES SOBRE LA SITUACION DE LAS INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIOS EN LA TEMPORADA DE GRIPE (DIRIGIDAS AL HOSPITAL)

Autores:
GIL TOMAS JOAQUINA, BENITO RUESCA RAFAEL, ARANSAY LOPEZ RAQUEL, LAPLAZA SOLANO MARIA ANGELES, QUEROL ALQUEZAR NATIVIDAD, RAMIREZ SOGUERO MARIA LUZ, RODRIGUEZ ANDIA MARIA ISABEL, FIGUER MONTERO NATIVIDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0215

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES SEMANALES SOBRE LA SITUACION DE LAS INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIOS EN LA TEMPORADA DE GRIPE (DIRIGIDAS AL HOSPITAL)

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
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 gripe está producida por los virus Influenza tipos A, B y C. Se caracteriza por su alta contagiosidad y su aparición en brotes anuales durante los meses fríos. Habitualmente se presenta de forma autolimitada, pero puede dar lugar a cuadros de vías respiratorias con repercusión sistémica y complicaciones graves. Tiene distribución mundial y puede afectar a todas las edades, siendo de especial importancia en ancianos, niños menores de 2 años, embarazadas, inmunodeprimidos y pacientes con enfermedades crónicas en quienes puede ocasionar cuadros graves e incluso la muerte.
Las epidemias anuales son consecuencia de las variaciones menores de los subtipos de virus A y con menor frecuencia del virus B. En la actualidad las cepas circulantes mas frecuentes son los subtipos A (H1N1) pdm 09 y A (H3N2) y el virus B.
La actividad de los virus gripales suele comenzar en los meses de noviembre y diciembre y puede extenderse hasta el mes de mayo, con un pico máximo en los meses de enero y febrero; si bien, pueden existir pequeñas variaciones en los diferentes años. Son indicadores de gripe: el número de consultas de pacientes ambulatorios con enfermedad similar a la gripe, los informes de hospitalización y fallecimiento por gripe y los resultados de las pruebas del laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocimiento de la evolución de la gripe en el HCU Lozano Blesa, con actualización semanal, durante la epidemia anual.

MÉTODO
Realización diaria de la técnica a demanda.
Exportación de datos desde el SIL.
Elaboración de estadística semanal de los resultados de la PCR de gripe/VRS rápida.
Informe semanal a todos los Servicios del Hospital y Equipo de Dirección

INDICADORES
Recuento de casos positivos, negativos e indeterminados para gripe A, B y VRS

DURACIÓN
1 de enero-30 de abril 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 - 2019/0324

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZODE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL BENITO RUESCA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL TOMAS JOAQUINA
VITORIA AGREDA ASUNCION
CAMEO RICO MARIA ISABEL
KHALIULINA TATIANA
MUÑOZ MUÑOZ LARA
FERREIRA FERREIRA INGRID
PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades realizadas:
- Inclusión del resultado “NO PROCEDE” en las pruebas solicitadas en las que se haya considerado oportuno, tras revisar los antecedentes del paciente y la historia clínica proporcionada.
- Cuantificación de las pruebas rechazadas tras la exportación a una hoja Excel de las pruebas con resultado “NO PROCEDE”. Cálculo del coste de las pruebas rechazadas.
Cumplimiento del calendario marcado:
- Las actividades se han realizado trimestralmente, de acuerdo con lo previsto en uno de los objetivos del programa de Acreditación según la norma ISO 9001 de ENAC.

Recursos empleados:
- Base de datos del programa Modulab del HCU Lozano Blesa.

Acciones realizadas de cara a comunicar a profesionales y pacientes el proyecto y sus resultados:
- Informe a Dirección en la Revisión por la Dirección prevista en la Acreditación por ENAC.
No se ha elaborado algún tipo de material para desarrollar el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultado alcanzado:
- Pruebas rechazadas en 1º trimestre (ahorro): 1297 (24766,40€)
- Pruebas rechazadas en 2º trimestre (ahorro): 2066 (22412,93€)
- Pruebas rechazadas en 3º trimestre (ahorro): 2299 (27381,79€)
- Pruebas rechazadas en 4º trimestre (ahorro): 2008 (20254,27€)
- Pruebas rechazadas en 2019 (ahorro): 5015 (94815,39€)

Relación con el standard marcado:
- Se cumple.

Impacto del proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención:
- El proyecto permite un ahorro de gasto sanitario y establece una cultura de gestión sanitaria del día a día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La gestión de la demanda contribuye al ahorro del gasto sanitario.
La unificación en la forma de introducción de los nombres de los pacientes contribuye a la mejora de la gestión de la demanda.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/324 ========== ***

Nº de registro: 0324

Título
DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZODE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0324

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZODE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

Autores:
BENITO RUESCA RAFAEL, GIL TOMAS JOAQUINA, VITORIA AGREDA ASUNCION, CAMEO RICO MARIA ISABEL, KHALIULINA TATIANA, MUÑOZ MUÑOZ LARA, FERREIRA FERREIRA INGRID, PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: REDUCCIÓN DEL GASTO

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

PROBLEMA
El coste de las pruebas de laboratorio de Microbiología tiende a aumentar cada vez más, debido, entre otros factores al aumento de pacientes asistidos, la implantación de programas de prevención de enfermedades infecciosas o
de protocolos de asistencia a inmigrantes o a pacientes complejos, etc.
Existe una utilización subóptima de los recursos diagnósticos que dispone el laboratorio de Microbiología como consecuencia de la solicitud y realización de pruebas innecesarias e improcedentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Contribuir a la reducción del gasto sanitario y a la utilización eficiente de recursos.

MÉTODO
- Verificación de datos demográficos del paciente:
- Ver si el nombre y apellidos del volante de petición está completo, es legible, no hay intercambio entre apellidos y nombre (pacientes extranjeros) y si está bien escrito (extranjeros).
- Verificar otros datos como edad, sexo y país de origen del paciente que ayudan en la toma de decisiones en el laboratorio y en la identificación de pruebas previas de ese paciente, cuyos datos demográficos han podido introducirse de otra manera.
- Introducción “homologada” de los datos demográficos mediante el establecimiento de un protocolo que establezca la forma de introducir por parte de los administrativos de:
- Los apellidos compuestos: del Hierro (preposición antes del 1º apellido o detrás del nombre), Pérez-García (con o sin guión), San Juan (junto o separado), El Moutadi (“El”, antes del apellido o tras el nombre), etc.
- Los apellidos en los recién nacidos y en los gemelos.
- Los nombres: rechazo de diminutivos (Conchita), alias, apócopes, iniciales, preposiciones (María del Pilar ó María Pilar), etc.
- Los pacientes extranjeros con un único apellido (con o sin espacio/s detrás).
- El nombre de los pacientes cuando no cabe en el campo informático correspondiente (por dónde se corta para que no conste el nombre).
-- Verificación de las muestras recibidas en el laboratorio: adecuación muestra-petición, correspondencia muestra-volante de petición, corrección de errores, consulta de datos dudosos.
- Detección y rechazo de pruebas improcedentes mediante la consulta de datos previos del paciente en el histórico de la base de datos del sistema informático.
- Informe del motivo del rechazo mediante el envío de un comentario explicativo codificado para cada prueba rechazada. Este informe cumple dos funciones: disponer de un marcador cuantificable de realización del proceso y “educar” al facultativo solicitante para evitar la repetición de la solicitud improcedente.

INDICADORES
Recuento de las pruebas rechazadas.
Evaluación de la eficiencia económica del proyecto, en términos de disminución del gasto.

DURACIÓN
1de enero-31 de 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 - 2019/0324

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZODE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0667

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO MICROBIOLÓGICO EN MENINGOENCEFALITIS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SONIA ALGARATE CAJO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERAL GARCIA CRISTINA
SAHAGUN PAREJA JUAN
MENDOZA LOPEZ CLAUDIA
MATOVELLE OCHOA CRISTINA
PERERA LERIN ANA ISABEL
SOLER DUQUE LAURA
IBAÑEZ DELER ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el año 2019 se han recibido para estudio microbiológico 252 muestras de líquido cefalorraquídeo (LCR) obtenidas mediante punción lumbar. Fueron procesadas con las técnicas de diagnóstico habitual y adicionalmente se realizó diagnóstico etiológico rápido con FilmArray Meningitis/Encephalitis (ME) en 56 muestras de LCR de 51 pacientes con sospecha de meningitis o encefalitis tras evaluación de tinción gran y/o bioquímica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Fueron 17 las muestras en las que se identificó el agente causal con FilmArray ME y en 39 fue negativo. Todos los resultados fueron emitidos telefónicamente al clínico responsable y validados en el sistema informático en menos de 2 horas desde la recepción de la muestra de LCR.
La concordancia de los resultados obtenidos comparados con la metodología habitual de diagnóstico de meningoencefalitis fue en 53 de las 56 muestras (94,65%). En 2 de los tres casos el agente causal (VEB) no está incluido en el panel FilmArray ME y 1 caso de VHS-2 solo fue detectado con PCR convencional. El 70,59% (12 de los casos) se encuentran en urgencias, pediatría, infecciosos, oncohematología y UCI. El tiempo de respuesta comparado con la metodología convencional fue menor a 48 horas en 52 de las 56 muestras (92,85%) y en el 100% de los casos menor a 24 horas.
Todos los datos están registrados en el laboratorio y se pueden obtener a través de las estadísticas del servicio.
Realizar un diagnóstico etiológico precoz de las infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) ayuda a elegir el tratamiento adecuado a tiempo y a mejorar el cuidado y la gestión del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las infecciones del SNC presentan un alto índice de morbilidad y mortalidad. En estos casos, la comunicación con el clínico responsable y el trabajo del equipo ha sido fundamental para poder seleccionar aquellos pacientes en los que el diagnóstico etiológico se ha realizado en menos de 2 horas. El esfuerzo debe seguir en esta línea para mejorar la atención de pacientes con sospecha de meningoencefalitis. La metodología convencional se debe seguir realizando por incluir mayor número de agentes causales, para confirmación y para probar la sensibilidad a antimicrobianos en las de etiología bacteriana.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/667 ========== ***

Nº de registro: 0667

Título
IMPLEMENTACION DE DIAGNOSTICO RAPIDO MICROBIOLOGICO EN MENINGOENCEFALITIS

Autores:
ALGARATE CAJO SONIA, SERAL GARCIA CRISTINA, SAHAGUN PAREJA JUAN, MENDOZA LOPEZ CLAUDIA, MATOVELLE OCHOA CRISTINA, PERERA LERIN ANA ISABEL, SOLER DUQUE LAURA, IBAÑEZ DELER ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0667

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO MICROBIOLÓGICO EN MENINGOENCEFALITIS

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las infecciones del sistema nervioso central (SNC) presentan un alto índice de morbilidad y mortalidad. El FilmArray Meningitis/Encephalitis (ME) panel es una prueba de diagnóstico multiplexada y cualitativa de ácido nucleico in vitro que permite la detección e identificación simultáneas de 14 posibles patógenos directamente de líquido cefalorraquídeo (LCR) obtenidos a través de una punción lumbar procedente de individuos con signos o síntomas de meningitis o encefalitis en aproximadamente una hora.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar un diagnóstico etiológico precoz de meningitis o encefalitis para facilitar un tratamiento adecuado y a tiempo, mejorando el cuidado y la gestión del paciente.
Se realizará FilmArray ME para diagnóstico precoz en muestras de LCR procedentes de los Servicios de Pediatría, Urgencias, UCI e Infecciosos, en los cuales se concentran la mayor parte de meningitis o encefalitis en nuestro hospital. La técnica será empleada con los mismos criterios en LCR procedentes del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.

MÉTODO
Las muestras serán procesadas con las técnicas de diagnóstico microbiológico habitual utilizadas hasta el momento.
Adicionalmente, se realizará FilmArray ME para diagnóstico precoz en muestras de LCR de los servicios indicados.
En pacientes con sospecha clínica de meningoencefalitis, bioquímica compatible y/o tinción de Gram directa de LCR sugestiva procedentes de otros servicios, se realizará la técnica de diagnóstico precoz.
Se informará telefónicamente del resultado de la prueba o del rechazo de la misma y se validará en el sistema informático.

INDICADORES
Medición del tiempo de información de resultado tras la recepción de LCR y análisis de los resultados microbiológicos, con las técnicas disponibles hasta ahora y con el ensayo FilmArray ME.
El 80% de los resultados con FimArray ME estarán disponibles al menos 48 horas antes que con las técnicas de diagnóstico empleadas actualmente
Los datos estarán disponibles en el laboratorio y se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio.

DURACIÓN
1 de Enero a 31 de 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 - 2019/0684

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN CARTEL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS GENITALES PARA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... HECTOR CONDADO CONDADO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ YANGÜELA ELENA
GREGORIO SANCHEZ IRENE
MUÑOZ MUÑOZ LARA
KHALIULINA TATIANA
FERREIRA FERREIRA INGRID
PASCUAL DEL RIQUELME BABE ALFONSO
LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró el cartel con una breve explicación y fotos de los contenedores adecuados para cada tipo de muestra genital, técnica y microrganismo.
La técnica para la investigación de Chlamydia trachomatis estaba próxima a cambiar en verano, así que la difusión del cartel no se hizo en julio tal como se pensó inicialmente, sino después del cambio de técnica.
Difusión del cartel actualizado (formato digital) entre los servicios que atienden habitualmente ITS: Urgencias, Dermatología, Infecciosos, Ginecología y Urología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores planteados:
Realización del cartel: sí 100%
Difusión del cartel entre los servicios planteados: sí 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde el Servicio de Microbiología se valora muy positivamente la acogida de la iniciativa por parte de los Servicios peticionarios. La variedad de microrganismos causantes de ITS y técnicas diagnósticas es amplia, así que creemos que el cartel solventa la mayoría de las dudas que puedan surgir en la práctica diaria.
El reto es mantenerlo actualizado en el futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/684 ========== ***

Nº de registro: 0684

Título
ELABORACION DE UN CARTEL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS GENITALES PARA ESTUDIO MICROBIOLOGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE, CONDADO CONDADO HECTOR, SANCHEZ YANGÜELA ELENA, GREGORIO SANCHEZ IRENE, MUÑOZ MUÑOZ LARA, KHALIULINA TATIANA, FERREIRA FERREIRA INGRID, PASCUAL DEL RIQUELME BABE ALFONSO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0684

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN CARTEL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS GENITALES PARA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

PROBLEMA
Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de Salud Pública a nivel mundial tanto en términos de morbilidad como mortalidad, debido a las complicaciones y secuelas que pueden producir si no se diagnostican y se tratan rápida y correctamente.
Existen más de 30 bacterias, virus y parásitos que se transmiten por contacto sexual, por lo que la variedad de técnicas empleadas para su diagnóstico es muy variada. Esto genera constantes dudas acerca de las muestras y contenedores más adecuados para cada uno de ellos.

RESULTADOS ESPERADOS
Según el síndrome clínico del paciente, se utilizarán unas determinadas herramientas y técnicas microbiológicas u otras, para el diagnóstico de las ITS.

Se elaborará un cartel con una breve explicación y fotos de los contenedores adecuados para cada tipo de muestra, técnica y microorganismo. El objetivo posterior es distribuir este cartel por las consultas hospitalarias que atienden con más frecuencia a pacientes susceptibles de padecer una ITS (Urgencias, Dermatología, Enfermedades Infecciosas, Ginecología y Urología).

MÉTODO
Se realizará el cartel en el Sº de Microbiología (facultativos, residentes, TEL). Tras consultar con los Servicios citados previamente, se tendrán en cuenta sus sugerencias y se modificará el cartel si procede. Posteriormente se procederá a su distribución definitiva.

INDICADORES
Realizar cartel si/no. Sí realización, 100%. No realización, 0%
Distribución a los Servicios (Urgencias, Dermatología, Enfermedades Infecciosas, Ginecología y Urología).
Estándar: distribución al 80% de los Servicios.

DURACIÓN
Realización del cartel y distribución posterior entre marzo y julio 2019.
Responsables de realización e implantación: Héctor Condado (R3 Microbiología) y Mª José Lavilla (FEA Microbiología).

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 - 2019/0884

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES A LAS 24H DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS UROCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELENA SANCHEZ YANGÜELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMEO RICO MARIA ISABEL
BELTRAN ROSEL ANTONIO
PASCUAL DEL RIQUELME BABE ALFONSO
VITORIA AGREDA ASUNCION
LACARRA GARCIA NATALIA
LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE
FRESNEÑA FRIAS MARIA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elabora el informe especificando ´´Informe preliminar´´ y se procede a la validación y envío a través de las impresoras del Sº de Medicina Intensiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
MAS DEL75% DE LOS UROCULTIVOS POSITIVOS PROCEDENTES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS SE HA REALIZADO INFORME PRELIMINAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
.A través de los informes preliminares hemos podido proporcionar información al clinico que ha ayudado a instaurar el tratamiento antibiótico adecuado a la mayor brevedad posible, lo que ha permitido mejorar la supervivencia de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/884 ========== ***

Nº de registro: 0884

Título
ELABORACION DE INFORMES A LAS 24H DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS UROCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL Sº DE MEDICINA INTENSIVA

Autores:
SANCHEZ YANGÜELA ELENA, CAMEO RICO MARIA ISABEL, BELTRAN ROSEL ANTONIO, PASCUAL DEL RIQUELME BABE ALFONSO JOSE, VITORIA AGREDA ASUNCION, LACARRA GARCIA NATALIA, LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE, FRESNEÑA FRIAS MARIA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las unidades de cuidados intensivos necesitan tener lo más precozmente posible los resultados de los cultivos microbiólogicos .A través de informes preliminares podemos proporcionar información al clinico que ayude a instaurar el tratamiento antibiótico adecuado a la mayor brevedad posible,lo que permite mejorar la supervivencia de los pacientes.Esta actuación va dirigida a informar resultados que puedan contribuir al diagnóstico o tratamiento del paciente ingresado en UCI aun cuando la prueba no esté terminada y que pueda ir seguida de una actuación clínica por parte del facultativo responsable.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0884

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES A LAS 24H DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS UROCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

RESULTADOS ESPERADOS
Actuación dirigida a informar resultados preliminares de los urocultivos positivos de todos los pacientes ingresados en las UCI que pueda contribuir al diagnóstico o tratamiento de los mismos.,ayudando al facultativo responsable en la toma de decisiones

MÉTODO
Se elabora el informe especificando ´´Informe preliminar´´ y se procede a la validación y envío a través de las impresoras del Sº de Medicina Intensiva.

INDICADORES
75% de los urocultivos positivos con informe preliminar.los datos estarán disponibles en el laboratorio. Se pódran obtener a través de las estadísticas del servicio.

DURACIÓN
Fecha de inicio 1 de enero a 31 de 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 - 2019/0791

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL PARA LA ACOGIDA DEL PERSONAL NUEVO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA Y EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANCHEL MERIDA DONOSO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES BALSA ISABEL
GASPAR AMO MERCEDES
MENESES BERNAD GLORIA
MARTINEZ CEREZO PILAR
MARTIN ETXEBARRIA SILVIA
BENITO ORMEÑO ADOLFO
MARTINEZ MARTINEZ IDOIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una reunión en Abril del grupo de trabajo de este proyecto para definir el nuevo protocolo para la acogida del personal de nueva incorporación a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa e Inocencio Jiménez.
Se inició la elaboración de un manual de acogida pero el servicio se trasladó por obras a la UCI y se retrasó la finalización del mismo, una vez abierto el nuevo espacio de diálisis en Septiembre se maquetó y se imprimió para estar disponible a finales del año 2019. Se contó con la aprobación de la supervisora del servicio y con la colaboración de todo el personal de enfermería de diálisis para la instauración del protocolo. En el mismo se incluyen las siguientes actividades a realizar con el nuevo personal:
-Visita guiada al servicio.
- Entrega de los protocolos de los que dispone la unidad.
- Entrega del manual de acogida en el que se explica conceptos básicos de la hemodiálisis, el funcionamiento de la unidad, actividades de enfermería en “aislamiento”, UCI, quirófano, sala de crónicos y de agudos en hemodiálisis, tiempos de aprendizaje orientativos, etc.
- Entrega de manual básico del funcionamiento de las máquinas de hemodiálisis que actualmente se utilizan.
Para la realización del manual de acogida se hizo una revisión bibliográfica de otros textos utilizados en otras unidades de diálisis del Sistema Sanitario. La información conseguida se adaptó a nuestro servicio de diálisis y el manual resultante se imprimió en la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se posee un nuevo protocolo y un manual de acogida para la unidad. Durante este periodo no se ha incorporado personal nuevo sin experiencia en la unidad de diálisis pero se esperan traslados en los próximos meses y se realizará la medición de los indicadores mediante una encuesta autoadministrada de satisfacción del nuevo personal para valorar el impacto del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la realización del proyecto se incrementó el conocimiento de los distintos protocolos utilizados en otras unidades del Sistema Nacional de Salud, se mejoró la relación entre el personal del servicio y se creó un nuevo manual actualizado para la acogida del personal nuevo. Queda pendiente la valoración de impacto del nuevo proyecto que se realizará cuando se incorpore el personal nuevo a la unidad. El proyecto es fácilmente sostenible y necesario en la unidad. El coste ha sido mínimo y podría replicarse en otras unidades.

7. OBSERVACIONES.
Por necesidades del servicio se trasladó la unidad a la UCI mientras se realizaban obras y se modificaba la distribución de la misma, se tuvo que esperar a la finalización de las obras para poder terminar el manual de acogida con la nueva distribución de la unidad.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/791 ========== ***

Nº de registro: 0791

Título
CREACION DE UN MANUAL PARA LA ACOGIDA DEL PERSONAL NUEVO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA Y EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ

Autores:
MERIDA DONOSO ANCHEL, ANDRES BALSA ISABEL, GASPAR AMO MERCEDES, MENESES BERNAD GLORIA, MARTINEZ CEREZO PILAR, MARTIN ETXEBARRIA SILVIA, BENITO ORMEÑO ADOLFO, MARTINEZ MARTINEZ IDOIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0791

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL PARA LA ACOGIDA DEL PERSONAL NUEVO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA Y EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
El trabajo de enfermería en un centro de hemodiálisis es muy específico. Por ello consideramos la necesidad de crear un manual de acogida para el personal del servicio de hemodiálisis, explicando técnicas, los periodos en que estarán “tuteladas” por otras enfermeras con experiencia, las características propias del servicio etc.

RESULTADOS ESPERADOS
-Crear medidas que mejoren la eficacia del proceso de acogida del personal de enfermería de nueva incorporación.
-Diseñar un proceso de acogida que se adapte a las necesidades detectadas en el personal de nueva incorporación.
-Fomentar desde el inicio la relación laboral, la motivación e implicación de los profesionales en la consecución de los objetivos de la unidad.
- Facilitar el aprendizaje del tratamiento en la insuficiencia renal y las posibles complicaciones que puedan suceder durante el mismo.

MÉTODO
-Visita guiada al servicio.
-Entrega de los protocolos de los que dispone la unidad.
-Entrega del manual de acogida en el que se explica conceptos básicos de la hemodiálisis, el funcionamiento de la unidad, actividades de enfermería en “aislamiento”, UCI, quirófano, sala de crónicos y de agudos en hemodiálisis, tiempos de aprendizaje orientativos, etc.
-Entrega de manual básico del funcionamiento de las máquinas de hemodiálisis que actualmente se utilizan.

INDICADORES
-Encuesta autoadministrada de satisfacción del nuevo personal.

DURACIÓN
Inicio en marzo del 2019 y puesta en marcha en junio del 2019. En abril se realizará una reunión del grupo de trabajo de este proyecto para definir el guión del manual de acogida. Se maquetará y se imprimirá para estar disponible en junio de 2019. Una vez puesto en marcha, a partir de junio, mediremos los indicadores propuestos anteriormente hasta el fin 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 - 2019/0808

1. TÍTULO

REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL CLÍNICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CRIADO MAINAR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO PARIS SANDRA
TELLO SANCHO MATILDE
ALVIRA MATEO FRANCISCA
GARCIA LANZAN MARIA JOSE
VIZARRAGA SIMON MARIAPILAR
SANCHEZ DE PAZ ENCARNACION
TOBIAS RUIZ ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras varias reuniones con la dirección del hospital y la empresa adjudicataria de la reforma se comienza el proyecto el día 31 de julio trasladando todo lo necesario a una de las UCI del hospital donde se va a ubicar de forma provisional la unidad durante el período que duren las obras previa adecuación de ésta.
Previamente se ha organizado a los pacientes en los diferentes turnos, se les ha explicado de forma verbal y por escrito de la nueva situación transitoria,, a las empresas de transporte de pacientes, al servicio de hostelería del hospital, al servicio de almacén, para los tres meses previstos de duración de las obras.
Ha habido que reestructurar de forma temporal al personal de la unidad puesto que ha habido que trasladar pacientes a la nueva unidad de Inocencio Jiménez de forma provisional.
El Día 1 de agosto se comienza la actividad en la UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aunque previamente se organizó para que el traslado fuera en Junio de 2019, finalmente se retraso y no se pudo comenzar hasta el 1 de Agosto.
La duración prevista de las obras eran tres meses para interrumpir lo mínimo posible la actividad de la UCI.
El día 11 de Noviembre se abre la nueva unidad, aunque siguen faltando muchos detalles de fin de obra, pero ya pudimos reanudar la actividad con los pacientes y dejar libre la UCI ocupada.
Siguen muchas pequeñas cosas sin terminar, como la instalación de una almacén tipo Kanban que está pendiente de instalar, trabajos que no interfieren con el desarrollo diario de la actividad,

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A los seis meses se realizará una revisión de seguimiento del proyecto, valorando sí cada sala y ubicación de la nueva unidad cumple con los estándares establecidos y evaluando estos resultados obtenidos hasta el momento.
Al frente de las obras de la unidad el jefe de servicio, el jefe de sección y la supervisora de la unidad.
El proyecto no finalizará hasta cumplimentar la revisión a los seis meses para poder valorar si cada sala dentro de la unidad cumple con los estándares establecidos y entonces poder evaluar la fianlización del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/808 ========== ***

Nº de registro: 0808

Título
REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS HOSPITAL CLINICO

Autores:
CRIADO MAINAR CARMEN, BLASCO PARIS SANDRA, TELLO SANCHO MATILDE, ALVIRA MATEO FRANCISCA, GARCIA LANZAN MARIA JOSE, VIZARRAGA SIMON MARIA PILAR, SANCHEZ DE PAZ ENCARNACION, TOBIAS RUIZ ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Insuficiencia Renal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0808

1. TÍTULO

REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL CLÍNICO

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

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

PROBLEMA
La unidad de Diálisis del Hospital Clínico Lozano Blesa situada en la planta semisótano, cuenta con unas instalaciones antiguas de más de treinta años, que no han sido reformadas en ningún momento, de hecho la ubicación actual de la unidad se contempló entonces de forma provisional, esperando una reforma o un emplazamiento diferente.
Son instalaciones viejas, obsoletas y en algunas ocasiones podríamos definirlas como insuficientes e inapropiadas.
Con el paso del tiempo esta situación ha ido empeorando y las deficiencias interfieren en el trabajo diario.

RESULTADOS ESPERADOS
La reforma de la unidad será un beneficio en primer lugar para los pacientes y también para el personal, que unos podrán beneficiarse de unas instalaciones modernas, adecuadas y la plantilla mejorará sus condiciones de trabajo, adecuándose las nuevas instalaciones a la misma línea de la unidad nueva en el Centro de Especialidades Inocencio Jiménez, dependiente del Hospital Clínico.
Los pacientes que serán objeto de la mejora son :
- Pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo renal en programa de hemodiálisis-
- Pacientes con insuficiencia renal aguda que precisen de instauración de acceso vascular y tratamiento de hemodiálisis de forma aguda.
- Pacientes crónicos o agudos portadores de virus positivos que precisen aislamiento del resto de pacientes.
- Pacientes de la Unidad de Críticos del hospital que se beneficiará de una mejor y más avanzada tecnología para sus tratamientos dialíticos.

MÉTODO
Reuniones con la dirección para estructurar las obras de la reforma.
Reuniones con la empresa que resulte adjudicada por concurso.
Traslado provisional de la unidad actual a la ubicación que la dirección determine.
Reuniones con los pacientes crónicos para informar del nuevo proyecto y la ubicación provisional.
Informar a los servicios de transporte de los pacientes crónicos de los cambios, y coordinar las modificaciones.
Reuniones con la plantilla para definir estrategias para la nueva organización provisional.

INDICADORES
- Funcionamiento con las mismas directrices de la dirección del servicio de:
Sala de pacientes crónicos
Sala de pacientes agudos
Puesto para aislamiento
Sala blanca o quirófano para la inserción de catéteres vasculares y realización de biopsias.

DURACIÓN
Marzo de 2019 Sale a concurso la licitación de las obras.
Junio 2019 comienzan las obras de reforma de la unidad, que tienen que coincidir con el período vacacional, puesto que la actual unidad se cerrará por completo, la dirección tiene que reubicar el servicio de forma provisional aprovechando los cierres estivales de ici, planta...
Octubre 2019 la reforma debe estar concluida, puesto que finalizan los cierres de verano.
Noviembre 2019 la Unidad estará finalmente instalada en la nueva unidad.
A los seis meses se realizará una revisión de seguimiento del proyecto, valorando sí cada sala y ubicación de la nueva unidad cumple con los estándares establecidos y evaluando estos resultados obtenidos hasta el momento.
Al frente de las obras de la unidad el jefe de servicio, el jefe de sección y la supervisora de la unidad.

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 - 2019/0816

1. TÍTULO

RE-ESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HCU LOZANO BLESA Y PUESTA EN MARCHA COMPLETA (SEGUNDA FASE) DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ..... PABLO IÑIGO GIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ LIPE RAFAEL
BERNI WENEEKERS ANA
RUIZ DE LA IGLESIA JOSE ESTEBAN
MARTIN AZARA PILAR
GAMEN PARDO ANGEL
PEÑA PORTA JOSE MARIA
BERGASA LIBERAL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PUESTA EN MARCHA DE LA SEGUNDA FASE DE LA UHDIJ y PUESTA EN MARCHA DE UNIDAD SATELITE DE DIALISIS PERITONEAL
Esta fase dependía de contratación de personal por parte de la Gerencia y se va a reslizar en Marzo 2020 por lo que este apartado no se ha llevado a cabo
Esto hace que presentemos esta Memoria que debería ser final como memoria de seguimineto y lo daremos por finalizado al concluir esta fase
Los pacientes de HD de San Juan de Dios de nuestro Sector y los pacientes que están en la Unidad Hospitalaria que se trasladarán ya están seleccionados e informados en febrero del 2020. El Nefrólogo está contratado y es inminente la ampliación del personal de enfermería y auxiliares

RE-ESTRUCTURACIÓN Y REDIMENSIONAMIENTO DE LA UHDLB DE CRÓNICOS/AGUDOS, RE-ESTRUCTURACIÓN DE LA SALA DE NEFROLOGÍA INTERVENCIONISTA.
Actividad realizada, temporalmente en verano y otoño del 2019 nos trasladamos a la UCI coronaria de nuestro Hospital para poder llevar a cabo la obra de re-estructuración de la Unidad de HD hospitalaria, a la cual regresamos el día 5 de Noviembre del 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo de este proyecto era redimensionar la Unidad hospitalaria de Hemodiálisis del HCU Lozano Blesa y reformarla y aprovechar ese momento para llevar a cabo la puesta en marcha en turnos completos de lunes a Sábdo de la Unidad del Inocencio Jiménez.
La primera parte se ha llevado a cabo con éxito, no hubo ningún problema ni durante la reforma y estancia en la UCI coronaria ni en la puesta en marcha de la nueva Unidad Hospitalaria. Lo ideal habría sido acometer la puesta en marcha de Martes-Jueves-Sabados de la Unidad del IJ pero por un problema de personal y según la decisión de la gerencia se pstergó al primer trimestre de 2020. Actualmente, la apertura de la Unidad los M-J-S es inminente, el nefrólogo ya está contratado y se está realizando los trámites para el personal restante, los pacientes de San Juan de Dios ya han sido informados
la informatización de ambas Unidades de HD es completa, de forma que los pacientes pueden ser trasladados de una unidad a la otra en caso de necesidad sin requerir documentación ni papel.
Así mismo, el manejo informático, incrementa la seguridad del paciente a la hora de la prescripción de fármacos y de técnicas y cuestiones propias de la Diálisis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es muy positiva. El Servicio dispone por fin de una sala de reuniones en las que realizar las actividades propias de un Servicio Médico, sesiones diarias y sesiones docente y formativas, nuevas instalaciones de la Unidad de Aguas, ampliación y mejora del quirófano o Sala de Nefrología Intervencionista. esto ha requerido de la ayuda de todos los facultativos del Servicio, tanto de la Unidad de Diálisis como del resto de compañeros.
Queda pendiente también la decisión de la gerencia sobre la puesta en marcha de actividad en Diálisis peritoneal en la Unidad del Inocencio Jiménez, pero nuestro Servicio tiene esos planes dispuestos por si se da el visto bueno a dicho proyecto
El proyecto es sostenible, va a tener una durabilidad en el tiempo elevada y era necesaria la renovación y ampliación de la capacidad de tratamiento renal sustitutivo en nuestro Sector. disponemos de una de las más nuevas y mejor dotada Unidad de HD de nuestro estado y hemos pasado a convertirnos en unidad formaadora y de referencia para el resto de nefrólogos de nuestro país, que acuden par replicar este proyecto en sus respectivos hospitales

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/816 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0816

1. TÍTULO

RE-ESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HCU LOZANO BLESA Y PUESTA EN MARCHA COMPLETA (SEGUNDA FASE) DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ

Nº de registro: 0816

Título
RE-ESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HCU LOZANO BLESA Y PUESTA EN MARCHA COMPLETA (2ªFASE) DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ

Autores:
IÑIGO GIL PABLO, ALVAREZ LIPE RAFAEL, BERNI WENEEKERS ANA, RUIZ DE LA IGLESIA JOSE ESTEBAN, MARTIN AZARA PILAR, GAMEN PARDO ANGEL, PEÑA PORTA JOSE MARIA, BERGASA LIBERAL BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LA 1ª FASE DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMÉNEZ (UHDIJ) SE REQUIERE EL USO DEL 100% DE LA UNIDAD PARA SU RENTABILIDAD. DEBIDO A LA NECESIDAD DE REFORMAR LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HOSPITAL LOZANO BLESA (UHDLB) ES EL MOMENTO ADECUADO PARA EL USO DE LA UHDIJ COMO UNIDAD PROVISIONAL PARA LOS PACIENTES DEL LOZANO BLESA
ES NECESARIO REDIMENSIONAR LA UNIDAD HOSPITALARIA Y ADECUARLA A LOS REQUERIMIENTOS ESTANDARES INTERNACIONALES. EN EL IJ PODEMOS TAMBIÉN PONER A EN MARCHA UNA UNIDAD PERIFÉRICA DE DIALISIS PERITONEAL (DP) COMPLEMENTARIA DE LA HOSPITALARIA CON SUS CONSULTAS CORRESPONDIENTES.

RESULTADOS ESPERADOS
PUESTA EN MARCHA DE LA SEGUNDA FASE DE LA UHDIJ.
PUESTA EN MARCHA DE UNIDAD SATELITE DE DIALISIS PERITONEAL.
RE-ESTRUCTURACIÓN Y REDIMENSIONAMIENTO DE LA UHDLB DE CRÓNICOS Y AGUDOS.
RE-ESTRUCTURACIÓN DE LA SALA DE NEFROLOGÍA INTERVENCIONISTA
TODAS ESTAS ACTUACIONES VAN DIRIGIDAS A LOS PACIENTES EN HD QUE DEPENDEN DEL HCU LOZANO BLESA Y DE DP DE TODO EL SECTOR 3, ASÍ COMO LOS PACIENTES CON ERC AVANZADA Y CON FRACASO RENAL AGUDO EN EL ÁMBITO DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA

MÉTODO
INFORMACIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS DEL PROCESO A REALIZAR. TRASLADO DE PACIENTES AL IJ Y UCI CORONARIA SEGÚN PROCEDA. . (PACIENTES NO TRASLADABLES Y AGUDOS). LAS REUNIONES SON CONSTANTES CON DIRECCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA. RESPECTO A LA OFERTA GENERAL CRECEREMOS EN CUANTO A LA UNIDAD DE DP EN EL IJ

INDICADORES
TRASLADO DE PACIENTES AL IJ . PACIENTES NO TRASLADABLES Y AGUDOS A LA UNIDAD UCI CORONARIA. OBJETIVO SI/NO
INICIO DE OBRAS EN EL HCU SEGÚN CONCURSO PÚBLICO. OBJETIVO SI/NO
FIN DE OBRAS OCTUBRE 2019. SEGÚN CONCURSO PÚBLICO. OBJETIVO SI/NO
UHDIJ ABIERTA 100% A PARTIR DE OCTUBRE CON SUS PROPIOS PACIENTES. SI/NO
UNIDAD DP DEL IJ A PARTIR DE OCTUBRE 2019. SI/NO
UHDLB REFORMADA INCLUIDA UNIDAD DE AGUAS A PARTIR DE OCTUBRE 2019. SI/NO

DURACIÓN
TRASLADO DE PACIENTES AL IJ Y UCI CORNOARIA EN MAYO/JUNIO 2019.
INICIO DE OBRAS EN EL HCU EN JUNIO 2019
FIN DE OBRAS OCTUBRE 2019
UHDIJ ABIERTA 100% A PARTIR DE OCTUBRE CON SUS PROPIOS PACIENTES
UNIDAD DP DEL IJ A PARTIR DE OCTUBRE 2019
UHDLB REFORMADA A PARTIR DE OCTUBRE 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0816

1. TÍTULO

RE-ESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HCU LOZANO BLESA Y PUESTA EN MARCHA COMPLETA (SEGUNDA FASE) DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0579

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CURSO CLINICO DE LA HISTORIA ELECTRONICA EN LAS CONSULTAS AMBULATORIAS DE NEUMOLOGIA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS ORCASTEGUI CANDIAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FIGUEROLA MENDAL JOSE ANGEL
HERRERO JARQUE PABLO
LOBO GALLARDO MANUEL
ROCHE ORCHE PILAR
TELLER JUSTES PABLO
MOYA ALVAREZ VIRGINIA
MORALES MORALES JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Sesiones formativas para los Facultativos del Servicio de Neumología.
-Introducción del Curso Clínico en la actividad de Consultas Externas de Neumología del HCULB y del CME Inocencio Jiménez.
-Seguimiento actividad por Consultas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A diciembre de 2019 se ha implantado la cumplimentación del Curso Clínico de la HCE en la mayoría de las Consultas Monográficas de Neumología del HCULB.
En el último trimestre de 2019 el 100% de las consultas de las Consultas Monográficas de Patología Vascular Pulmonar, Carcinoma Broncógeno, Terapias Respiratorias, Bronquiectasias e Infecciones Respiratorias, Patología del Sueño, resultados de Poligrafías y Asma Difícil se contestan en el Curso Clínico de la HCE. Parcialmente en la Consulta de EPOC y en las Consultas del CME Inocencio Jiménez.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La utilización del Curso Clínico de la HCE se ha implementado como rutina en la mayor parte de las Consultas Externas de Neumología.
Es necesario terminar de extender su uso en algunas de las Consultas, especialmente en el CME Inocencio Jiménez.
Algunos usuarios aprecian algunas dificultades de uso, especialmente en relación con el tamaño de la ventana de entrada de texto. Valoraríamos muy positivamente que pudiera editarse a pantalla completa.
También apreciaríamos una herramienta más versatil de edición de tablas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/579 ========== ***

Nº de registro: 0579

Título
IMPLANTACION DEL CURSO CLINICO DE LA HISTORIA ELECTRONICA EN LAS CONSULTAS AMBULATORIAS DE NEUMOLOGIA

Autores:
ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS, FIGUEROLA MENDAL JOSE ANGEL, HERRERO JARQUE JOSE PABLO, LOBO GALLARDO MANUEL, MORALES MORALES JOSE MARIA, ROCHE ROCHE PILAR, TELLER JUSTE PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0579

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CURSO CLINICO DE LA HISTORIA ELECTRONICA EN LAS CONSULTAS AMBULATORIAS DE NEUMOLOGIA

PROBLEMA
Con la vista puesta en la próxima supresión de la Historia Clínica en papel y dentro de los planes de la Dirección del Centro se plantea la implantación de una nueva herramienta dentro de la Historia Clínica Electrónica, el Curso Clínico Electrónico, siendo designado nuestro Servicio para incorporarse a su uso y desarrollo durante 2019.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Iniciar la implantación del Curso Clínico Electrónico de la HCE en las Consultas Externas del Servicio de Neumología
2. Desarrollar plantillas específicas para cada Consulta

MÉTODO
1. Formación en la nueva herramienta para los facultativos que con actividad asistencial en Consultas Externas.
2. Planificación de la introducción del Curso Clínico Electrónico en la rutina asistencial de Consultas
3. Desarrollo de plantillas específicas para los distintos tipos de Consulta del Servicio, monográficas y generales.
4. Evaluación de problemas y propuestas de modificaciones.

INDICADORES
Anotaciones en Curso Clínico Electrónico en > 30% de las visitas de Consultas.

DURACIÓN
Marzo-Abril 2019: Sesiones formativas
Abril-Mayo 2019: Introducción en la actividad clínica habitual.
Septiembre 2019: Evaluación experiencia y propuestas de modificaciones.
Septiembre – Diciembre 2019: Desarrollo plantillas

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 - 2019/0583

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE OXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN CARLOS COSTAN GALICIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUZMAN AGUILAR JESUS
MOLINA SANTA BARBARA SARA
HERNANDEZ BONAGA MARIA
HURTADO ORTEGA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desarrollo de un protocolo de indicaciones, procedimiento de realización, descarga de registros y análisis de oximetrías nocturnas en pacientes ingresados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Protocolo desarrollado y completado.
Se ha iniciado su aplicación en la práctica clínica desde el mes de noviembre.
Todas las oximetrías se realizan siguiendo el docuemento de Procedimiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Procedimiento completado por escrito. Iniciada aplicación en la práctica clínica desde Noviembre.

7. OBSERVACIONES.
¿Dónde debe remitirse el documento del Procedimiento?

*** ========== Resumen del proyecto 2019/583 ========== ***

Nº de registro: 0583

Título
PROTOCOLO DE OXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Autores:
COSTAN GALICIA JOAQUIN, GUZMAN AGUILAR JESUS, HERNANDEZ BONAGA MARIA, HURTADO ORTEGA JORGE, MOLINA SANTA BARBARA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Servicio dispone desde el año pasado de nuevos pulsioxímetros que permiten realizar registros de oximetría nocturna o diurna. Se dispone también del software correspondiente instalado en alguno de los ordenadores del Servicio que permite la descarga, análisis y archivo de los estudios. La realización de registros de oximetría es de utilidad en el despistaje y diagnóstico de SAHS y en seguimiento de pacientes tratados con VMNI, CPAP nocturno y oxigenoterapia.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un protocolo de indicaciones, procedimiento de realización, descarga de registros y análisis de oximetrías nocturnas en pacientes ingresados.

MÉTODO
Formación del grupo de trabajo.
Difusión del protocolo en el servicio
Puesta en marcha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0583

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE OXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

INDICADORES
Protocolo escrito.
Estándar: 90% Oximetrías realizadas tras la puesta en marcha del protocol ode acuerdo con el mismo.

DURACIÓN
Primer trimestre 2019: Elaboración protocolo
Segundo trimestre 2019: Activación protocolo.
Diciembre 2019: Evaluación 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 - 2019/0593

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROCESO DE CANALIZACION Y DERIVACION COMPARTIDA DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN VMNI

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA HERNANDEZ BONAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUZMAN AGUILAR JESUS
HURTADO ORTEGA JORGE
MORALES MORALES JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Valoración del protocolo actual. Determinación de problemas, incertidumbres y de las áreas de mejora.
Desarrollo de un plan de trabajo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto se encuentra en proceso de desarrollo en la actualidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Proyecto a completar y concluir en el año 2020.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/593 ========== ***

Nº de registro: 0593

Título
ACTUALIZACION DEL PROCESO DE CANALIZACION Y DERIVACION COMPARTIDA DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN VMNI

Autores:
HERNANDEZ BONAGA MARIA, GUZMAN AGUILAR JESUS, HURTADO ORTEGA JORGE, MORALES MORALES JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
? En el año 2013 se elaboró el documento CIRCUITO DE DERIVACIÓN Y CANALIZACIÓN DE PACIENTES CON SOPORTE VENTILATORIO por parte de un grupo de trabajo multidisciplinar coordinado por miembros de nuestro Servicio. Este documento ha sido la base sobre la que se creó y ha venido funcionando la Unidad de Ventilación No Invasiva del Servicio de Neumología. Sin embargo durante estos años se han producido cambios organizativos y en las infraestructuras y medios técnicos disponibles que aconsejan revisar y renovar el documento a partir de la experiencia de estos años y de los planes de futuro desarrollo de la Unidad de VMNI.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar en proceso de canalización y derivación compartida de los pacientes que precisan VMNI

MÉTODO
1. Constitución del grupo de trabajo y planificación de la actividad
2. Desarrollar borrador del documento
3. Discusión del borrador a nivel de Servicio
4. Presentación a dirección

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0593

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROCESO DE CANALIZACION Y DERIVACION COMPARTIDA DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN VMNI

INDICADORES
Protocolo escrito y consensuado con Dirección.

DURACIÓN
- Segundo trimestres 2019. Trabajos.
- Tercer Trimestre 2019. Borrador documento.
- Cuarto trimestre Documento final.

OBSERVACIONES
Este proyecto debe ir en paralelo con l desarrollo de nuevas infraestructuras y medios técnicos para la Unidad de VMNI

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0594

1. TÍTULO

MEJORA DEL PORCENTAJE DE INTERCONSULTAS VIRTUALES RESUELTAS SIN VISITA PRESENCIAL DEL PACIENTE EN CONSULTAS DEL CME INOCENCIO JIMENEZ

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN CARLOS COSTAN GALICIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRERO JARQUE PABLO
LOBO GALLARDO MANUEL
NAVARRO LUNA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Seguimiento de las interconsultas virtuales dirigidas a Neumología, en IJ y HCU.
(*) Aunque no se había contemplado en el proyecto inicial se ha incorporado también a la actividad la Consulta de Neumología del CASAR de Tarazona y Ejea de la Dra. María Jesús Navarro Luna.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Datos de enero a octubre de 2019 (10 meses).
Se han recibido y contestado 2075 consultas virtuales. 1544 en HCU/IJ y 531 en el CASAR.
de las que 755 (36,3%) se han resuelto mediante contestación telemática sin visita presencial del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha consolidado la Interconsulta Virtual como un procedimiento útil y rutinario en nuestro Servicio.
Se ha superado el objetivo propuesto.
Hay algunas diferencias en relación con el tipo de interconsulta, siendo mayor el porcentaje de vistas presenciales evitadas en las Intercosnultas sobre patología de sueño y terapias respiratorias.
Habría que matizar que en numerosos casos la interconsulta virtual no ha evitado consulta presencial pero ha permitido una mejor orientación del caso redirigiéndole a la Consulta Monográfica de Neumología más adecuada y por tanto evitando una visita intermedia en la consulta general de Neumología. En el futuro deberíamos poder valorar también este aspecto con datos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/594 ========== ***

Nº de registro: 0594

Título
MEJORA DEL PORCENTAJE DE INTERCONSULTAS VIRTUALES RESUELTAS SIN VISITA PRESENCIAL DEL PACIENTE EN CONSULTAS DE CME INOCENCIO JIMENEZ

Autores:
COSTAN GALICIA JOAQUIN, HERRERO JARQUE JOSE PABLO, LOBO GALLARDO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Análisis de situación. Pertinencia del proyecto (*)
Durante el año 2018 se ha consolidado la Consulta Virtual en la actividad ambulatoria de nuestro Servicio, habiendo permitido resolver un número importante de solicitudes de consulta desde AP sin necesidad de desplazamiento a la Consulta o derivando directamente hacia la Consulta Monográfica correspondiente.
Nos planteamos mejorar la capacidad de resolución de la Consulta Virtual aumentando el número de consultas resueltas sin visita presencial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0594

1. TÍTULO

MEJORA DEL PORCENTAJE DE INTERCONSULTAS VIRTUALES RESUELTAS SIN VISITA PRESENCIAL DEL PACIENTE EN CONSULTAS DEL CME INOCENCIO JIMENEZ

RESULTADOS ESPERADOS
1. Consolidar la Consulta Virtual en la asistencia ambulatoria de nuestro Servicio.
2. Incrementar el número de Consultas Virtuales resueltas sin visita presencial.

MÉTODO
No precisa introducción de nuevas actividades.

INDICADORES
Más de 25% de Consultas Virtuales resueltas sin visita presencial.

DURACIÓN
Año 2019.
Inicio desde Enero de 2019-
Evaluación resultados Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0595

1. TÍTULO

ABORDAJE DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES FUMADORES HOSPITALIZADOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PABLO TELLER JUSTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROCHE ROCHE PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una encuesta sobre hábito tabáquico y de motivación para el abandono en una muestra de pacientes mayores de 15 años ingresados en nuestro Centro tanto en servicios médicos como quirúrgicos el 20 de febrero de 2019.
Se ha puesto en marcha una consulta adicional semanal de deshabituación tabáquica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se entrevistó a 232 pacientes. El 46,6% no habían sido nunca fumadores, el 35,3% eran exfumadores y 21,8% fumadores activos (63% varones y 13,9% mujeres). Un 73,8% de los fumadores había hecho algún intento de abandono del hábito. Un 64,3% de los fumadores expresaban su deseo de abandonar el tabaco. Entre éstos la motivación era alta en el 8%, moderada en el 55% y mínima en el 37%.

Se puso en marcha desde Abril de 2019 un nueva Consulta de Deshabituación Tabáquica en horario de mañana.

La asistencia a la nueva Consulta de Deshabituación Tabáquica ha sido más baja de lo esperado. Menos de la mitad de los pacientes citados han acudido a la cita prevista.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Un porcentaje importante de los fumadores ingresados en servicios médicos y quirúrgicos expresan su deseo de dejar de fumar, aunque el porcentaje de fumadores altamente motivados para el abandono del tabaquismo es bajo.

La baja frecuentación de la nueva Consulta nos obliga a replantear la selección previa de los pacientes con una mejor valoración de su motivación para el abandono del tabaco.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/595 ========== ***

Nº de registro: 0595

Título
ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES FUMADORES HOSPITALIZADOS EN PLANTA DE NEUMOLOGIA

Autores:
TELLER JUSTE PABLO, ROCHE ROCHE PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La intervención en tabaquismo es una prioridad para el Sistema de Salud. La hospitalización del paciente fumador representa una magnífica oportunidad para la intervención antitabáquica por parte del personal sanitario. Tanto la Estrategia del Sistema Nacional de Salud como las recomendaciones y normativas de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0595

1. TÍTULO

ABORDAJE DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES FUMADORES HOSPITALIZADOS

Sociedad española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) apoyan esta intervención

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos: Implantación del Plan de Abordaje diagnóstico-terapéutico del tabaquismo en pacientes fumadores hospitalizados en planta de Neumologia. Incluyendo:
a.- Registro de consumo de tabaco actual. Indicador: Indicador Registro > 90%.
b.- Diagnóstico de Tabaquismo en Informe de Alta: Tabaquismo activo. Tabaquismo en fase de Acción. Indicador registro > 80%.
c.- Propuesta de Actuación

MÉTODO
1. Encuesta sobre consumo de tabaco y motivación para el abandono en pacientes ingresados.
2. Difusión del plan.
3. Ampliación de la oferta de consulta de deshabituación.

INDICADORES
Registro de consumo de tabaco actual en historia clínica >90%
Diagnóstico de Tabaquismo en Informe de Alta: Tabaquismo activo. Tabaquismo en fase de Acción. Indicador registro > 80%.
Propuesta de Actuación
Planificación del tratamiento al Alta con inclusión en el apartado de Recomendaciones o Tratamiento del Informe de Alta. Indicador registro >80%

DURACIÓN
- Febrero 2019: Encuesta tabaquismo y motivación en pacientes ingresados.
- Marzo-abril 2019: Inicio ampliación Consulta Desahabituación tabáquica.
- Diciembre 2019: 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 - 2019/0069

1. TÍTULO

REDUCCION DE INGRESOS PROGRAMADOS EN NEUROLOGIA

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA IÑIGUEZ MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTOS LASAOSA SONIA
MUÑOZ FARJAS ELENA
GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE
CASTILLO LARIO CARMEN
RODRIGUEZ MENA DIEGO
GUZMAN CARRERA BEIRA
URRALBURU TAINTA JULIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-Análisis de la situación de los últimos años.
2.-Estudio de las necesidades. Responsable: Dr. Urralburu.
3.-Diseñar circuito solicitud Resonancia. Responsables: Neuro-radiólogos.
4.-Diseñar circuito solicitud Neurofisiología. Responsables: Neurofisiólogos.
5.-Establecer criterios de citación. Responsable: Dr. Urralburu.
6.-Puesta en común del procedimiento/rediseño si necesario. Responsables: Todos.
7.-Puesta en marcha del procedimiento. Responsables: Todos.
8-Extensión a todos los miembros del Servicio de Neurología.Responsables: Neurólogos.
9-Seguimiento del cumplimiento. Responsables: Todos.

Tras analizar la situación (300 ingresos programados al año), y estudiar las necesidades se estableció el circuito asistencial con radiología y con neurofisiología, comprometiéndose a realizar en los plazos establecidos 3 resonancias cada semana y un estudio neurofisológico cada semana. La puesta en marcha del procedimiento y la difusión a todos los miembros del servicio, ha resultado un éxito ya que la medida ha sido muy bien aceptada e implementada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de pacientes en los que se ha aplicado=100% de los pactados
Reducción en número de ingresos programados=se han reducido en un 9% a fecha de 31 de octubre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados de la actividad emprendida supera lo esperado, ya que se ha demostrado que evitar ingresos para realizar exploraciones complementarias, beneficia tanto al paciente como al médico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/69 ========== ***

Nº de registro: 0069

Título
REDUCCION DE INGRESOS PROGRAMADOS EN NEUROLOGIA

Autores:
IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA, SANTOS LASAOSA SONIA, MUÑOZ FARJAS ELENA, GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE, CASTILLO LARIO CARMEN, RODRIGUEZ MENA DIEGO, GUZMAN CARRERA BEIRA, URRALBURU TAINTA JULIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0069

1. TÍTULO

REDUCCION DE INGRESOS PROGRAMADOS EN NEUROLOGIA

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

PROBLEMA
En los últimos años se ha incrementado el número de ingresos programados desde los 114 en 2005 hasta los 295 en 2017. Muchos de estos son ingresos para estudio (motivados por la necesidad de acelerar la realización de exploraciones complementarias).

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir el número de ingresos programados del Servicio de Neurología, cuando dicho ingreso viene motivado por la necesidad de acelerar la realización de exploraciones complementarias.

MÉTODO
Establecer un circuito asistencial que permita acelerar la realización de las exploraciones complementarias necesarias para el diagnóstico del paciente, evitando los ingresos para estudio.

INDICADORES
Número de pacientes en los que se ha aplicado el circuito diseñado.
Reducción en el numero de ingresos programados para estudio con respecto al año anterior.

DURACIÓN
Actividad o tarea a seguir:
1.-Análisis de la situación de los últimos años. Responsables: Neurólogos.
2.-Estudio de las necesidades. Responsable: Dr. Urralburu.
3.-Diseñar circuito solicitud Resonancia. Responsables: Neuro-radiólogos.
4.-Diseñar circuito solicitud Neurofisiología. Responsables: Neurofisiólogos.
5.-Establecer criterios de citación. Responsable: Dr. Urralburu.
6.-Puesta en común del procedimiento/rediseño si necesario. Responsables: Todos.
7.-Puesta en marcha del procedimiento. Responsables: Todos.
8-Extensión a todos los miembros del Servicio de Neurología.Responsables: Neurólogos.
9-Seguimiento del cumplimiento. Responsables: Todos.
Duración: año 2019 para desarrollo e implantación.

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 - 2019/0102

1. TÍTULO

SCREENING DE DETERIORO COGNITIVO Y ALTERACIONES CONDUCTUALES E INFORMACION SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA)

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE CARLOS ROCHE BUENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA
SANTOS LASAOSA SONIA
ATIENZA AYALA SAIDA
MARIN GRACIA MARTA
BALLESTA MARTINEZ SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un estudio de cribado en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica, adaptada y validada al español de la escala originaria inglesa ECAS (The Edinburg Cogntive and Behavioural ALS Screen), para la detección precoz de deterioro cognitivo en este grupo de pacientes. Los estudios neuropsicológicos han sido realizados en los pacientes ingresados de forma programada durante la valoración multidisciplinar que viene realizándose desde hace más de un año.

Se ha realizado un tríptico de información para los pacientes con ELA para fomentar, difundir e informar sobre el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), de acuerdo a la normativa vigente del Gobierno de Aragón. El objetivo de este documento es facilitar el acceso a los trámites del DVA en nuestra comunidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes y adecuar la voluntad y autonomía de los mismos en la etapa final de la enfermedad. Con respecto a este punto incidimos en la necesidad de una discusión precoz y abierta con los pacientes sobre las decisiones que previsiblemente tendrán lugar en la fase última de la enfermedad.

El proyecto de mejora se encuadra en el abordaje de la Esclerosis Lateral Amiotrófica, dentro de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional del Salud.

Se ha fomentado la investigación en este área, describiendo el fenotipo o perfil de deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de motoneurona.

Se ha consolidado el grupo multidisciplinar en pacientes con ELA con la participación de los Servicios de Neurología, Neumología, Psiquiatría, Endocrinología, Rehabilitación y Neurofisiología entre otros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. % de pacientes en la población diana incluidos en el screening de deterioro cognitivo. Estándar >85%

Número de pacientes incluidos en el proyecto: se han incluido 13 pacientes en el proyecto de cribado de deterioro cognitivo. Dos pacientes no han formado parte del proyecto por la situación avanzada motora y neuropsicológica de la enfermedad. Índice 85%.

2. % de pacientes informados sobre el Documento de Voluntades Anticipadas en la población diana en fase no terminal y tras un diagnóstico establecido. Estándar >85%

Todos los pacientes han sido informados sobre la existencia y recomendación de realización del DVA para optimizar los cuidados en las etapas finales de la vida, especialmente importante para los facultativos no conocedores de las voluntades previas en situaciones de urgencias que se pueden consultar a través de la Historia Clínica Electrónica. Resultado: 100%.

3. Elaboración del tríptico de información y realización de trámites del DVA.

Estos indicadores (punto 1 y 2) no tienen estándares consensuados en guías clínicas. No obstante, consideramos índices de cumplimiento muy adecuados.

Bibliografía y fuentes de información empleadas:

- Chio A, Bottachi E, Buffa C, et al. Positive effects of tertiary centres for amyotrophic lateral sclerosis on outcome and use of hospital facilities. J Neurol Neurosurg Psychiatr 2006; 77:1258-61.
- Van den Berg JP, Kalmijn S, Linderman E, et al. Multidisciplinary ALS care improves quality of life in patients with ALS. Neurology 2005;65: 1264-7.
- Zoccolella S, Begh E, Palagano G, et al. ALS multidisciplinary clinic and survival. Results from a population-based study in Southern Italy. J Neurol 2007;254: 1107-12.
- Miller RG, Brooks BR, Swain-Eng RJ, et al. Quality improvement in neurology: amyotrophic lateral sclerosis quality measures: report of the quality measurement and reporting subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2013; 81:2136-40.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0102

1. TÍTULO

SCREENING DE DETERIORO COGNITIVO Y ALTERACIONES CONDUCTUALES E INFORMACION SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que el principal objetivo del proyecto que es mejorar la atención médica de los pacientes con ELA ha sido conseguido. El proyecto de mejora actual viene siendo la continuación del proyecto realizado en 2018 en el Hospital Clínico Lozano Blesa ("Implantación hospitalaria de un grupo multidisciplinar en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica"). El proyecto actual ahonda y profundiza en el mejor de los cuidados en este grupo de pacientes.

Se trata de un proceso basado en la evidencia científica disponible: guías de práctica clínica, protocolos asistenciales, vías clínicas y artículos de calidad.

El proyecto podrá realizarse de forma sostenible y replicable en los años sucesivos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/102 ========== ***

Nº de registro: 0102

Título
SCREENING DE DETERIORO COGNITIVO Y ALTERACIONES CONDUCTUALES E INFORMACION SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

Autores:
ROCHE BUENO JOSE CARLOS, IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA, SANTOS LASAOSA SONIA, ATIENZA AYALA SAIDA, MARIN GRACIA MARTA, GARCES ANTON ESTHER, NAVARRO PEREZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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
En la memoria del plan de mejora 2018_1777 (Implantación Hospitalaria de un grupo multidisciplinar en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica) recomendamos en las observaciones finales la necesaria implementación de planes de información dirigido a los especialistas implicados, a los médicos de atención primaria y a los pacientes sobre la disponibilidad y recomendaciones de la cumplimentación del Documento de Voluntades Anticipadas para optimizar la fase final de la enfermedad, que actualmente no tiene cura, para mantener la dignidad y calidad de vida y adecuar la voluntad y autonomía de los pacientes en el proceso final de la vida. Con respecto a este punto incidíamos en la necesidad de una discusión precoz y abierta con los pacientes sobre las decisiones que previsiblemente tendrían lugar en la etapa última de la enfermedad.

En este contexto, hay que considerar que además de los síntomas clínicos de déficit motor en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica, hasta un 50% de los mismos presentan dificultades cognitivas indicativas de una disfunción frontotemporal. Se manifiesta por disfunción ejecutiva, en el lenguaje y en el comportamiento social. De este último apartado, la apatía es la forma más frecuente de presentación, que se asocia a un peor pronóstico. También puede manifestarse con desinhibición, empatía reducida y comportamientos egocéntricos incrementados, así como comportamientos estereotipados y cambios en la dieta. Aunque sería óptimo para estos pacientes la realización de una exhaustiva evaluación neuropsicológica para identificar y caracterizar estos cambios cognitivos, los recursos clínicos no están siempre suficientemente disponibles. Por ello, diferentes herramientas de cribado han sido desarrolladas para su uso en la práctica clínica. La presencia de un deterioro cognitivo avanzado podría condicionar la toma de decisiones en la fase final de la enfermedad.

El proyecto de mejora se encuadra en el abordaje de la Esclerosis Lateral Amiotrófica, dentro de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional del Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0102

1. TÍTULO

SCREENING DE DETERIORO COGNITIVO Y ALTERACIONES CONDUCTUALES E INFORMACION SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA)

RESULTADOS ESPERADOS

- Validación al español de la herramienta de screening ECAS (The Edinburgh Cognitive and Behavioural ALS Screen). Herramienta disponible en inglés que ha demostrado una fuerte correlación clínica.
- Realizar un estudio de cribado en los pacientes con ELA que ingresan de forma programada en las visitas multidisciplinares bi,-trimentrales o en pacientes de seguimiento en consultas hospitalarias.
- Fomentar, difundir e informar a los pacientes sobre el Documento de Voluntades Anticipadas.
- Describir las presentaciones clínicas de deterioro cognitivo
- Mejorar la calidad asistencial en estos pacientes
- Fomentar la investigación en este área

MÉTODO

- Consolidación del grupo multidisciplinar en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica
- Realizar una asistencia integral, incluyendo la evaluación neuropsicológica, a toda la población diana dentro del proyecto previo de implantación del equipo multidisciplinar (1177 de 2018).
- Mejorar la calidad de vida en la población diana.
- Adecuar la evaluación cognitiva, junto a familiares, en la toma de decisiones en la fase final de la enfermedad.

INDICADORES

- % de pacientes en la población diana incluidos en el screening de deterioro cognitivo

a. Estándar >85%

- % de pacientes informados sobre el Documento de Voluntades Anticipadas en la población diana en fase no terminal y tras un diagnóstico establecido.

a. Estándar >85%

DURACIÓN
Fecha de inicio: Marzo de 2019
Fecha para la primera evaluación: 12 meses tras el inicio del programa
Plan de comunicación del proceso: en Febrero de 2019
Continuará indefinidamente

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 - 2019/0186

1. TÍTULO

PROTOCOLO UNIFICADO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MOISES GARCES REDONDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA
ATIENZA AYALA SAIDA
BELLOSTA DIAGO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Búsqueda bibliográfica, análisis de fichas técnicas y recogida de información de protocolos similares en unidades acreditadas de Esclerosis Múltiple. Este material sirvió de base para redactar el protocolo unificado de nuestra Unidad en marzo del 2019.
Dicho protocolo no ha sido publicado a nivel de la Intranet del Hospital, sino que se encuentra en la red local (carpeta compartida) de la Unidad de Desmielinizantes del H Clínico.
Incluye los apartados indicados en la solicitud de inclusión en el Programa de Gestión de Proyectos: Información general con descripción e indicaciones de cada una de las opciones terapéuticas, guía simplificada para facilitar la toma de decisiones, check-list previo de cada fármaco, necesidades de monitorización durante la administración del producto y los controles posteriores del paciente.
En marzo del 2019, coincidiendo con su publicación en la red local, se realizó sesión entre los facultativos de la Unidad de Desmielinizantes para su conocimiento y puesta en común. Durante la rotación específica de los médicos residentes, se informa de su contenido y se les entrega en formato digital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto a los indicadores incluidos en la solicitud de inclusión en el Programa de Gestión de Proyectos:
- Grado de adecuación del contenido del documento a la ficha técnica y recomendaciones de las sociedades médicas: No se ha utilizado un indicador numérico. El contenido está totalmente adecuado a la ficha de cada producto (por razones de seguridad al paciente, no puede incluir elementos fuera de ficha) y adaptado de las recomendaciones del Grupo de Enfermedades Desmielinizantes de la Sociedad Española de Neurología a nuestro medio.
- Registro propio de las modificaciones o inicios terapéuticos de los pacientes con EM: Durante el año 2019 se han iniciado 48 tratamientos. 6 de ellos en el primer trimestre del año a los que no se aplicó el protocolo unificado al estar en fase de redacción. De los 42 pacientes restantes, en el 100% se aplicó el protocolo de atención previa al inicio del fármaco.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- El protocolo cumple con los objetivos planteados en la solicitud desde el punto de vista de facilitar la toma de decisiones, guía para completar un check-list previo al inicio de cualquier fármaco para la EM, monitorización durante la administración y disminución de riesgos al paciente.
- El protocolo debe ser “dinámico”. Son muchos de estos fármacos de nueva aparición en los que puede existir modificaciones en ficha técnica así como en sus necesidades de monitorización. Este elemento requiere adaptar la redacción del protocolo a las novedades que aparezcan.
- No hemos podido evaluar completamente el cumplimiento de los controles posteriores de los fármacos ya que supone periodos de control que pueden abarcar 36 meses. El objetivo de nuestro grupo es presentar como proyecto de mejora futuro la implantación completa del protocolo con medidas de seguimiento a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/186 ========== ***

Nº de registro: 0186

Título
PROTOCOLO UNIFICADO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ESCLEROSIS MULTIPLE EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

Autores:
GARCES REDONDO MOISES, IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA, ATIENZA AYALA SAIDA, BELLOSTA DIAGO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0186

1. TÍTULO

PROTOCOLO UNIFICADO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad en el manejo de fármacos y al paciente
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años hemos sido testigos de numerosas novedades terapéuticas en el campo de la Esclerosis Múltiple (EM). Estos fármacos, conocidos como tratamientos modificadores de la enfermedad (TME), tienen indicación para las diferentes formas clínicas clásicas de la EM: Recurrente-remitente (RR), Primaria-Progresiva (PP), Secundaria-Progresiva (SP) y Síndrome Clínico Aislado (CIS).
En el año 2019 hay 14 productos autorizados en España como TME. Algunos comparten indicación en diferentes formas clínicas. Actualmente existen 14 fármacos para la forma RR, 4 para la forma SP, 1 autorizado recientemente para PP y 4 para el CIS.
Son productos con diferentes formulaciones, vías de administración, potenciales efectos secundarios y, sobre todo, precisan de un estudio de requisitos previos (check-list) a su administración.
Esta amplia variedad y peculiaridades de cada producto dificulta el proceso de decisión terapéutica en cada paciente, teniendo que ir valorando las características individuales de cada producto para intentar asegurar de idoneidad de su indicación.
Consideramos que la existencia de un protocolo unificado que reúna los requisitos mínimos y check-lists de todos los productos autorizados de forma conjunta y simplificada puede facilitar la toma de decisiones y, de forma secundaria, repercute positivamente en la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Redacción de un Protocolo Unificado de los tratamientos modificadores de la EM en la Unidad de Enfermedades Desmielinizantes.
- Facilitar la toma de decisiones al incluir en un solo documento todas las peculiaridades y necesidades previas al inicio con un TME
- Guiar la realización del check-list previo a su administración.
- Disminuir los riesgos específicos de cada TME al incluir los requisitos recomendados antes del inicio.
- Mejorar la seguridad del paciente al revisar riesgos potencialmente modificables.
- Guía que recoge la monitorización durante la administración y controles posteriores durante el seguimiento.

MÉTODO
- Redacción de un protocolo unificado de manejo de fármacos modificadores de la EM
- Áreas de actuación del protocolo unificado
o Guía simplificada para facilitar la toma de decisión del TME indicado
o Check-list de cada TME en base a la ficha técnica y las recomendaciones del Grupo de Desmielinizantes de la Sociedad Española de Neurología
o Monitorización durante la administración del tratamiento
o Controles periódicos durante el seguimiento posterior a la administración

INDICADORES
- Grado de adecuación del contenido del documento de Protocolo Unificado a la ficha técnica de cada producto y recomendaciones de las sociedades médicas
- Porcentaje de pacientes con EM en los que se aplica el check list del Protocolo Unificado previo al inicio de un TME (% sobre el total)
- Porcentaje de pacientes con EM en los que se aplican las recomendaciones de monitorización y controles posteriores del Protocolo Unificado (% sobre el total)

DURACIÓN
- Redacción del protocolo: Primer trimestre 2019. Incluye búsqueda bibliográfica de las características de cada TME y Guías del grupo de Desmielinizantes de la Sociedad Española de Neurología.
- Aplicación práctica del protocolo: Abril a diciembre de 2019
- Análisis de indicadores: Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0186

1. TÍTULO

PROTOCOLO UNIFICADO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0257

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION DE REALIZACION DE PUNCIÓN LUMBAR PROGRAMADA

Fecha de entrada: 11/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELENA MUÑOZ FARJAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ATIENZA AYALA SAIDA
GARCES REDONDO MOISES
SANTOS LASAOSA SONIA
HERNANDEZ NAVARRO MARIA TERESA
AZNAR CABEZA OLGA
BALLESTA MARTINEZ SARA
RODRIGUEZ MONTOLIO JOANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La Punción Lumbar (PL) es una prueba diagnóstica que se realiza en diversas enfermedades neurológicas. La tendencia a no revisar la realización de un procedimiento habitual en nuestra práctica clínica no favorece la puesta en marcha de mejoras en las actuaciones médicas, que además tendrían efectos favorables en la seguridad del paciente y en la minimización de los efectos secundarios.
El objetivo principal de este proyecto era unificar y mejorar la pauta de actuación en el ingreso para punción lumbar programada, en la preparación del paciente y en los procedimientos de la técnica de punción lumbar.
El desarrollo del proyecto de mejora ha llevado implícitas una serie de actividades que inicialmente no estaban previstas, pero que pensamos que han sido favorables tanto para los profesionales, como para el paciente.
Describimos a continuación las actividades realizadas:
1. En relación a la pauta de actuación, y procedimientos de la técnica de PL: Se constituyó el equipo de trabajo en el primer trimestre de 2019, y se elaboró un documento para la realización de la punción lumbar siguiendo las recomendaciones consenso (Sebastiaan Engelborghsa,Ellis Niemantsverdrieta,Hanne Struyfsa, Kaj Blennow el al. Consensus guidelines for lumbar puncture in patients with neurological diseases. Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring 8 (2017) 111-126).

En abril se realizó una sesión clínica informando a los componentes del servicio de Neurología de las recomendaciones recogidas en dicho documento. Tras recoger las sugerencias planteadas en la sesión se modificó el documento.
El consenso recomienda el uso de aguja de 25G atraumática, habitualmente el Servicio de Neurología usa agujas de 19-20G traumáticas. Se contactó con el Servicio de Anestesia, en el cual es habitual el uso de las agujas de 25G, se nos instruyó a varios miembros del equipo de trabajo respecto al uso de las mismas. A lo largo de los meses hemos se ha ido introduciendo el uso dicha aguja en la práctica cotidiana.

De forma habitual, al obtener la muestra de Líquido cefalorraquídeo (LCR) se numeran los tubos en el orden en que se obtienen. Una duda frecuente que surgía al remitir los tubos de LCR a los diferentes laboratorios era qué tubo remitir a cada uno de ellos. En colaboración con el Servicio de Bioquímica y Microbiología se ha prefijado cual es el tubo más adecuado para procesar para cada determinación.

Es frecuente solicitar determinaciones en el LCR que se procesan en laboratorios externos, y que no se remiten de forma inmediata, tanto por cuestiones burocráticas como de distancia física. Los tubos de LCR destinados a ello se guardaban habitualmente en una nevera convencional, a + de 4 º C. El Servicio de Bioquímica nos confirmó que las condiciones de preservación del LCR en dicha nevera no eran las adecuadas para el procesado posterior, ofrecieron la posibilidad de preservarlos congelados a -20º C durante 2 meses (periodo de tiempo en el que la muestra conserva las propiedades adecuadas para asegurar su procesamiento correcto y la fiabilidad de los hallazgos), y así se viene haciendo desde hace 3 meses.

Otra duda que se planteaba es si cada petición debía emitirse en un volante diferente para asegurar la trazabilidad de la muestra o se podía unificar (con el objetivo de ahorrar papel). Se ha consensuado que las determinaciones que se realizan en los laboratorios del Hospital Clínico se pueden solicitar en una única petición, y las que se remiten a centros externos cada una de ellas en una solicitud.

Durante los meses de verano, en los que el personal de enfermería no es el habitual por las vacaciones estivales, surgían problemas a la hora de preparar el material necesario para la realización de la técnica, por lo que se decidió elaborar un listado de materiales que se situó en la sala de trabajo de enfermería eliminando los problemas en este sentido.

También se ha elaborado un cartel que se coloca en la puerta de la habitación donde se realiza la prueba para evitar trasiego innecesario de personas durante el procedimiento.

2. En relación al paciente: Otro tema que hemos revisado es si las recomendaciones que se realizan habitualmente a los pacientes tras realizar la PL son prácticas de valor o no. Diferentes revisiones de la Cochrane no encuentran ninguna evidencia de que prácticas como el reposo y la administración de líquidos prevengan la aparición de las complicaciones postPL. Se ha informado a los miembros del servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0257

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION DE REALIZACION DE PUNCIÓN LUMBAR PROGRAMADA

Neurología, cada uno de ellos decide de forma individual las recomendaciones que da al paciente tras realizar el procedimiento.

En el proceso de elaboración del protocolo uno de los aspectos que pensábamos de debíamos mejorar era la información que se les ofrecía a los pacientes. Con el objeto de intentar mejorarlo se ha realizado un folleto informativo que se entrega a los pacientes antes de la realización de la prueba.

3. En relación a la determinación de biomarcadores de enfermedad de Alzheimer: En el mes de mayo se planteó que el Servicio de Neurología debía asumir el estudio de biomarcadores de enfermedad de Alzheimer en pacientes pertenecientes a nuestro sector sanitario, que hasta entonces se realizaba en el Hospital Miguel Servet, lo que conllevó una nueva modificación del documento.
Un tema que nos preocupa es que la recogida de la muestra de LCR se realiza contando gotas, con la imprecisión que ello supone, existen en el mercado tubos graduados para recogida de LCR que no están disponibles en el SALUD y de los que sería deseable disponer para remitir la cantidad precisa de LCR y no aproximada a cada laboratorio.
Las enfermeras participan activamente en el proceso de preparación y realización de la PL motivo por el cual en el mes de diciembre de 2019 dentro del I Curso de formación para enfermería neurológica que se está realizando se presentaron los resultados de este trabajo.
En resumen, las actividades realizadas han sido:
- creación grupo de trabajo
- elaboración de documento de consenso para la realización de la PL, nuestro siguiente paso sería que a partir de este documento se generase una Instrucción técnica.
- incorporación de la realización de PL en el Hospital Clínico Universitario para determinación de biomarcadores de Enfermedad de Alzheimer
- incorporación del uso de la aguja atraumática 25G para la realización de la PL siguiendo las recomendaciones de consenso
- consenso con los laboratorios de bioquímica y microbiología la forma más eficaz para remitir y preservar las muestras tanto para procesar en este centro como para las destinadas a laboratorios externos
- edición de folleto informativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado en el periodo de tiempo de Julio de 2019 a diciembre de 2019 86 punciones lumbares, a pacientes con edad media de 55,38 años (rango 16-93), sin diferencias llamativas por sexo (48 varones, 38 mujeres). El número de intentos medio es de 1,4 (moda 1). En 50 casos (58.1%) se ha utilizado la aguja atraumática de 25G, en un caso de 22G y en los restantes 35 casos (40.7%) agujas traumáticas de 19-20G. En el 68,6% de los casos en los que se ha utilizado la aguja de 25G han sido los residentes los profesionales que la han realizado. Este dato nos indica que los profresionale que están liderando el cambio para el uso de aguja de punción lumbar atraumática son los más jóvenes. En 25 casos no se ha registrado si los pacientes presentaban cefalea postpunción, de los restantes el 11,5% la habían presentado. Si analizamos el desarrollo de cefalea postpunción en función al tipo de aguja utilizada apreciamos que con la 25G el 8% presentaba cefalea postpunción, frente al 20% de los casos en los que se había utilizado otro tipo de aguja.
Si bien no se han recogido bien las complicaciones de la PL, en especial la cefalea postpunción lumbar, nuestra observación clínica nos sugiere que los pacientes toleran mucho mejor la realización de la prueba con la aguja atraumática.
A todos los pacientes previamente a la realización de la punción se les ha realizado una analítica, con hemograma y prueba de neuroimagen para descartar contraindicaciones.
En los últimos meses se les ha entregado el folleto informativo elaborado para informar a los pacientes y familiares del procedimiento, y para minimizar el estrés que la prueba pueda suponer.
Se ha aplicado el protocolo de realización de PL programada en 13 casos, que han sido los mismos en los que se han determinado biomarcadores de LCR. Hubiese sido deseable poder aplicar este protocolo en otros pacientes en estudio a los que se les realizasen el resto de pruebas complementarias vía ambulatoria, pero no se ha podido conseguir este objetivo, posiblemente porque la tendencia habitual es ante pacientes a los que se les tienen que realizar varias pruebas entre las que se incluye una PL programar un ingreso para estudio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Los procedimientos que realizamos habitualmente y que no solemos revisar son también susceptibles de ser mejorados.
En la mejora de los mismos es fundamental el trabajo de colaboración de los diferentes servicios implicados y vencer la resistencia al cambio.
- El protocolo de implementación para realizar PL programadas se ha aplicado fundamentalmente en la determinación de biomarcadores de enfermedad de Alzheimer en LCR. La tendencia histórica de ingresar a gran parte de los pacientes para realizar un estudio neurológico completo se ha mantenido, no se plantea habitualmente que se puedan realizar las pruebas complementarias de forma ambulatoria, incluida la PL, y realizar entrega de resultados en consultas externas, posiblemente por la demora en la realización de muchas de las pruebas complementarias. Habría que correlacionar nuestros datos con el proyecto de Reducción de ingresos programados en Neurología. La resistencia al cambio en los protocolos de actuación es difícil de vencer, aunque el cambio propuesto suponga evitar estancias evitables y disminuir la pérdida de horas de trabajo de muchos de los pacientes y familiares. En muchas ocasiones, la propia dinámica del centro hospitalario no favorece el cambio en las pautas de actuación.
- Esta misma resistencia al cambio se aprecia con respecto al tipo de aguja con que se realiza la PL. Son las personas más jóvenes las más favorables a introducir estos cambios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0257

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION DE REALIZACION DE PUNCIÓN LUMBAR PROGRAMADA

- El documento elaborado unifica los procedimientos que llevan a cabo en relación a la PL (antes, durante y después) y contempla una mejora en la seguridad en la realización de la técnica.

7. OBSERVACIONES.
Creemos que en la línea de la mejora continua deberíamos:
- Elaborar lista de verificación de seguridad (firma Consentimiento informado, extracción previa de hemograma, discontinuación de medicación antiagregante/anticoagulante)
- Controlar a las 24-48 horas de la realización de la PL el desarrollo de efectos secundarios, se podría realizar mediante entrevista telefónica.
- Valorar si la información que aporta el Folleto informativo es suficiente como para aliviar la ansiedad que puede suponer la realización de una PL.
- Incrementar la tendencia al uso de agujas atraumáticas.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/257 ========== ***

Nº de registro: 0257

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION DE REALIZACION DE PUNCION LUMBAR PROGRAMADA

Autores:
MUÑOZ FARJAS ELENA, ATIENZA AYALA SAIDA, GARCES REDONDO MOISES, SANTOS LASAOSA SONIA, HERNANDEZ NAVARRO MARIA TERESA, AZNAR CABEZA OLGA, SANZ FERRER VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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 .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La punción lumbar es un procedimiento médico para la obtención de una muestra de líquido cefaloraquídeo (LCR) mediante con fines diagnósticos o terapéuticos. Algunos de los pacientes valorados en las consultas externas son subsidiarios de la realización de esta prueba como parte del algoritmo diagnóstico-terapéutico. Es un procedimiento que dura unos 30 minutos y se puede realizar de forma programada y ambulatoria, a no ser que el estado del paciente requiera su hospitalización. Actualmente aquellos pacientes candidatos a realizar este procedimiento se ingresan de forma programada en el hospital con una nota manuscrita del médico responsable en consulta ambulatoria en la que se especifica el diagnóstico de sospecha clínica y la recomendación de realizar una punción lumbar para completar estudio clínico. No se dispone actualmente de un procedimiento operativo en el centro para la realización de esta técnica médica.
El ingreso hospitalario habitualmente es de unas 48 horas. Muchos de nuestros pacientes que ingresan para este procedimiento son personas en edad laboral o bien personas mayores que precisan soporte de sus hijos, también en edad laboral, lo que conlleva una ausencia al trabajo, qué si bien está justificada, es en muchos casos reducible.

Oportunidad de mejora: Los pacientes candidatos a la realización de una punción lumbar programada debieran ser informados por el neurólogo que decide la necesidad de realizar esta prueba, que obtendría el consentimiento informado, el cual puede revocar si lo considera adecuado. Para garantizar que la información médica se trasmita adecuadamente y se proceda con seguridad, el neurólogo debiera emitir un informe en Historia clínica electrónica (HCe) y solicitar las pruebas analíticas en sangre y LCR, incluyendo hemograma y estudio de coagulación. De este modo en el momento del ingreso se podrían obtener las muestras de sangre con determinación de plaquetas y estudio de coagulación si se precisase.

RESULTADOS ESPERADOS
Principal: Unificar y mejorar la pauta de actuación en el ingreso para punción lumbar programada, en la preparación del paciente y en los procedimientos de la técnica de punción lumbar.

Secundarios:
1. Reducir en número de estancias hospitalarias derivados de realización de punción lumbar programada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0257

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION DE REALIZACION DE PUNCIÓN LUMBAR PROGRAMADA

2. Aportar información segura y fiable del paciente a los neurólogos que van a realizar el procedimiento.
3. Proporcionar cuidados de calidad.
4. Prevenir efectos secundarios, fundamentalmente cefalea postpunción lumbar.
5. Aliviar la ansiedad del enfermo y sus familiares

MÉTODO
1. Crear un grupo de trabajo de neurólogos, personal de enfermería, y auxiliares de la planta de hospitalización del Hospital de semana.
2. Elaboración de un protocolo operativo para la realización de punciones lumbares programadas
3. Implementación del protocolo
4. Análisis de resultados tras 6 meses de aplicación

INDICADORES
1. Disponibilidad del procedimiento, estándar 100%
2. Aplicación del procedimiento, estándar 80%
3. Reducción de estancias hospitalarias a 24 horas, estandar 80%
4. Control de la cefalea postpunción lumbar, estandar 60%

En todos ellos fuentes propias, a través de una base de datos propia.

DURACIÓN
- Constitución de equipo de trabajo: Marzo 2019
- Elaboración de procedimiento operativo: Abril-Mayo 2019
- Implementación en la práctica habitual: a partir de Junio 2019.
- Evaluación de resultados Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0377

1. TÍTULO

MANEJO DEL ESTATUS EPILEPTICO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANGEL MAURI LLERDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TEJERO JUSTE CARLOS
NAVARRO PEREZ MARIA PILAR
PASCUAL BIELSA ANA
HOMS GIMENO CARLOS
RODRIGUEZ MENA DIEGO
JIMENEZ CASADO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se procedió a la creación del Grupo de Trabajo Multidisciplinar compuesto por las especialidades involucradas en el manejo de los pacientes con Estatus Epiléptico Refractario y Super Refractario:
o Neurología
o Urgencias
o Cuidados Intensivos
o Neurofisiología Clínica
Se realizó una búsqueda bibliográfica para valorar toda la información que aporte evidencia acerca del manejo de estos problemas para poder generar un protocolo que sea aceptado por el equipo multidisciplinar. En este sentido fue necesario modificar el calendario de trabajo inicial puesto que se esperaba la publicación de un metaanálisis en la segunda mitad del año.
En el momento actual se está trabajando en el documento para su puesta en práctica y posterior difusión del protocolo a la comunidad hospitalaria y publicación en la web interna del hospital

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante este periodo se ha procedido a
- Creación del equipo multidisciplinar
- Generación del protocolo
- Generación de un registro interno de pacientes
Estamos pendientes de comprobar la idoneidad del protocolo realizado para posteriormente proceder a la Difusión del protocolo, y publicación en la web del hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El desarrollo de un protocolo multidisciplinar obliga a contemplar los puntos de vista de todos los servicios / unidades implicadas en el manejo del paciente, de forma que es necesario adaptar la información proporcionada por las fuentes bibliográficas a la situación de funcionamiento del hospital en el que trabajamos.
El objetivo de llegar al final del año acumulando experiencia sobre la eficacia del protocolo no se ha conseguido y queda pendiente para el primer semestre del 2020
El grupo de trabajo se mantendrá para la revisión periódica del protocolo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/377 ========== ***

Nº de registro: 0377

Título
MANEJO DEL ESTATUS EPILEPTICO

Autores:
MAURI LLERDA JOSE ANGEL, TEJERO JUSTE CARLOS, NAVARRO PEREZ MARIA PILAR, PASCUAL BIELSA ANA, HOMS GIMENO CARLOS, RODRIGUEZ MENA DIEGO, JIMENEZ CASADO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0377

1. TÍTULO

MANEJO DEL ESTATUS EPILEPTICO

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El estatus epiléptico es una emergencia neurológica grave que requiere una atención inmediata, siendo vital su detección y su manejo. El pronóstico dependerá de la causa, la edad, el tipo de estatus y la duración del mismo. La mortalidad intrínseca es del 1-7%, aunque la mortalidad global puede llegar al 20% y en casos de EE refractario hasta al 50%.
Por ello, el tratamiento debe ser lo más precoz posible. El diagnóstico y el tratamiento deben ser continuos a lo largo de los primeros minutos hasta su resolución.
Se denomina estatus epiléptico refractario a aquel que persiste a pesar de la administración de dos fármacos adecuados intravenosos incluyendo una benzodiazepina.
Se denomina estatus epiléptico super refractario al que persiste 24 h después del inicio de fármacos anestésicos.
El manejo del estatus refractario y super refractario requiere asistencia en unidad de cuidados intensivos y atención multidisciplinar, siendo necesario ajuste de tratamiento y controles neurofisiológicos frecuentes.
En nuestro hospital estos pacientes son diagnosticados en urgencias o en neurología y son tratados en UCI. A pesar de la buena colaboración entre todos los servicios implicados en el manejo, se ha detectado déficit de consenso en la toma de decisiones, o en el uso de recursos por la ausencia de un protocolo específico de uso interno. En una patología tan grave, con una mortalidad tan elevada, creemos que es necesario mejorar todos los aspectos de la asistencia posibles.
El proyecto busca generar un grupo de trabajo que diseñe una forma de trabajo multidisciplinar que se concrete en un protocolo específico para el manejo del estatus epiléptico, estatus epiléptico refractario y super refractario en nuestro hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es crear un equipo de trabajo que colabore para la redacción de un protocolo de detección y manejo multidisciplinar de los pacientes con estatus epiléptico que ingresen en el Hospital.

MÉTODO
- Mejorar la atención a los pacientes con Estatus Epiléptico .
- Facilitar la coordinación entre especialidades en el manejo del Estatus Epiléptico.
- Creación del Grupo de Trabajo Multidisciplinar compuesto por las especialidades involucradas en el manejo de los pacientes con Estatus Epiléptico:
  - Neurología
  - Urgencias
  - Cuidados Intensivos
  - Neurofisiología Clínica
- Generación del protocolo por el equipo multidisciplinar
- Difusión del protocolo a la comunidad hospitalaria y publicación en la web interna del hospital

INDICADORES
- Creación del equipo multidisciplinar
- Generación del protocolo
- Generación de un registro interno de pacientes
- Difusión del protocolo
- Puesta en marcha del protocolo
- Porcentaje de pacientes manejados de acuerdo al protocolo >90%

DURACIÓN
Creación del equipo multidisciplinar: marzo 2019
Generación del protocolo: mayo 2019
Generación del registro interno de pacientes: mayo 2019
Difusión del protocolo: junio 2019
Puesta en marcha: junio 2019.
Evaluación de los pacientes incluidos en el registro: junio - diciembre 2019

OBSERVACIONES
El proyecto forma parte de un objetivo más ambicioso que es conseguir optimizar el manejo de los pacientes epilépticos en nuestro hospital buscando formas de trabajo cooperativo multidisciplinar.

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 - 2019/0377

1. TÍTULO

MANEJO DEL ESTATUS EPILEPTICO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0570

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON ICTUS AGUDOS EN LA PLANTA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA ESCRIBANO GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ FARJAS ELENA
MATEO CASTEJON MARIA PILAR
REDONDO MATE MARIA ELENA
MATEO POLO MARIA
LAFUENTE RIPOLLES CARMEN
PEREZ LAZARO CRISTINA
TEJERO JUSTE CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se crea el grupo de trabajo en marzo de 2019 y tras varias reuniones se consensúa las tres escalas más pertinentes para valorar los pacientes con ictus en fase aguda y subaguda por parte de enfermería, que finalmente son: escala canadiense, escala Glasgow y MECV-V. Una vez consensuadas las escalas se elabora la hoja de recogida de datos adaptada al medio en el que trabajamos que es aceptada por todos los miembros del equipo de trabajo.
En el mes de mayo se empieza a aplicar de forma no rutinaria en pacientes de la sección de vascular para aprender a usarla de forma correcta y disminuir la variabilidad entre las diferentes enfermeras que la aplicaban.
En el mes de junio dos enfermeras del equipo de trabajo realizan el curso focuss "Valoración enfermera en la fase aguda del ictus" para consolidar el aprendizaje en el uso de las escalas.
Todas las enfermeras del equipo de trabajo a lo largo de estos meses han realizado el curso de disfagia impartido por la logopeda del hospital.
Aunque no participan directamente en el grupo de trabajo se ha insistido a las TCAES en que realicen la higiene bucal a los pacientes con ictus para evitar broncoaspiraciones.
A partir de junio tras aprender el uso de las escalas se ha procedido a la aplicación rutinaria de las mismas en los pacientes de la sección de vascular.

No se ha elaborado el procedimiento de actuación de enfermería completo puesto que éste debe ir ligado a los protocolos médicos de actuación ante el ictus y como no se ha puesto en marcha la unidad de ictus no se dispone de los mismos. Tampoco hemos hecho las sesiones de formación continua de enfermería y TCAES que pensamos que hubiesen sido muy beneficiosas porque ha habido mucho cambio de personal y la gran carga de trabajo asistencial dificulta realizar las actividades de docencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha creado el equipo de trabajo en el plazo previsto, obteniendo el 100% del cumplimiento.
Aún cuando el procedimiento de actuación no se ha elaborado sí que hemos creado una hoja de recogida de datos de las escalas más representativas para la valoración de la fase aguda del ictus.
Como estamos pendientes de que nos den acceso a la historia clínica electrónica no se ha registrado en este entorno ninguna de las escalas, sí que hemos registrado en el gacela el MECV-V, posiblemente teníamos que haber incluido la escala canadiense en el gacela también.
A lo largo de estos meses tenemos constancia de que se han aplicado a 27 pacientes la escala canadiense(número que se obtiene de una base de datos creada por nosotras), sin embargo como no ha sido rigurosa la recogida de los datos, el número de pacientes a los que ha sido aplicada es mayor. El MECV-V se ha realizado en el 100% de los pacientes y se ha registrado en el gacela.

La opinión general de enfermería es que las escalas nos ayudan a hacer una valoración más completa del paciente y ello permite un abordaje mejor por parte de enfermería y del tratamiento médico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo conjunto enfermería-médico aporta mayor valor para la valoración del paciente lo cual redunda en mejores resultados de salud y en mayor satisfacción profesional, seguimos pensando que la puesta en marcha de la unidad de ictus y la creación de un equipo de trabajo va a permitir ampliar este proyecto piloto que hemos empezado.
En el momento en que se creen los protocolos médicos de la unidad de ictus se debería crear el protocolo de actuación de enfermería por lo que pensamos que debemos continuar con el trabajo iniciado y dar más cabida en el grupo de trabajo a las TCAES.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0570

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON ICTUS AGUDOS EN LA PLANTA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

*** ========== Resumen del proyecto 2019/570 ========== ***

Nº de registro: 0570

Título
IMPLANTACION DE UN PLAN DE ACTUACION EN PACIENTES CON ICTUS AGUDOS EN LA PLANTA DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores:
ESCRIBANO GARCIA MARTA, MATEO CASTEJON MARIA PILAR, REDONDO MATE ELENA, PEREZ LAZARO CRISTINA, TEJERO JUSTE CARLOS, MUÑOZ FARJAS ELENA, LABORDA RUIZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La patología cerebrovascular es la más frecuente en la sala de hospitalización de Neurología. En la actualidad disponemos de 4 camas monitorizadas destinadas fundamentalmente a pacientes con ictus agudos que se han beneficiado de tratamientos de reperfusión o bien se podrían beneficiar de un plan de cuidados específico para mejorar los resultados de morbimortalidad, y de otras 6 camas destinadas preferentemente a pacientes con ictus agudos que no requieren una monitorización tan exhaustiva. En un futuro próximo es probable que se disponga de Unidad de ictus. En el momento actual no se dispone de un plan de actividades e intervenciones uniformes para pacientes con ictus, lo que determina una variabilidad de atención de enfermería a los pacientes con patología cerebrovascular.

Oportunidad de mejora: La organización del trabajo de enfermería en torno a Planes de Cuidados, mejoraría la calidad de los mismos, y unificaría la pauta de actuación de enfermería, lo que probablemente se traduciría en una disminución de la morbimortalidad de los pacientes con ictus.

RESULTADOS ESPERADOS
Principal: Unificar el plan de actividades de enfermería en un paciente con ictus agudo según la gravedad clínica del mismo y el tiempo de evolución.

Secundarios:
1. Conocer las escalas Canadiense y de Rankin y su correcta cumplimentación.
2. Conocer y realizar el test de disfagia de volumen-viscosidad (MECV-V) sin variabilidad.
3. Favorecer la continuidad de cuidados, homogeneizando la actuación de enfermería a lo largo de toda la estancia hospitalaria de los pacientes con ictus
4. Promover el empoderamiento de las enfermeras en la toma de decisiones en estos pacientes

MÉTODO
1. Creación de un grupo de trabajo formado por neurólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería de la sala de hospitalización de Neurología.
2. Elaboración de un Procedimiento de Actuación de enfermería en pacientes con Ictus agudo.
3. Se planificarán sesiones de formación continua para enfermería y auxiliares con objeto de informar sobre aspectos básicos de patología cerebrovascular, así como conocer y saber aplicar las escalas Canadiense y Rankin.
4. Se realizará una nueva formación para recordar la correcta cumplimentación del test de disfagia de volumen-viscosidad (MECV-V) y sus implicaciones en la seguridad del paciente.

INDICADORES
1. Creación equipo de trabajo, estándar 100%.
2. Elaboración del procedimiento de actuación, estándar 100%.
3. Porcentaje de cumplimentación escala canadiense y MECV-V en Gacela/Historia clínica electrónica.
4. Grado de satisfacción de enfermería, estándar 80%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0570

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON ICTUS AGUDOS EN LA PLANTA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

DURACIÓN
1. Creación equipo de trabajo: Marzo 2019.
2. Elaboración procedimiento de actuación: Abril-Mayo 2019.
3. Implantación del procedimiento de actuación: Junio de 2019.
4. Análisis de resultados: 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 - 2019/0846

1. TÍTULO

PROYECTO TABLET HCE

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARLOS TEJERO JUSTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ VALIENTE SARA
PEREZ LAZARO CRISTINA
MARIN GRACIA MARTA
GARCES ANTON ESTHER
RODRIGO SANCHEZ JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES:
Durante este periodo se ha seguido desarrollando la herramienta para curso clínico, informe de ictus y escalas de valoración dentro de la Historia Clínica Electrónica de Aragón por parte del equipo específico en el SALUD, atendiendo las sugerencias no solo de nuestro equipo, sino de todos los equipos que atienden ictus en Aragón. En estos momentos constituye una herramienta eficaz que está en pleno funcionamiento.
Para el desarrollo de este proyecto fue preciso la adquisición de material informático, en este caso tres Tablet modelo Galaxy Tab A 10.1 (2016) Wi-Fi 32GB que fueron proporcionadas por un laboratorio farmacéutico mediante la fórmula de donación al hospital.
Una vez adquiridas las Tablet se solicitó al servicio de informática que nombrara a una persona para el desarrollo conjunto del sistema. El servicio de informática adjudicó a José María Rodrigo Sánchez que se incorporó al equipo de proyecto.
Desde informática se consiguió que las Tablet tengan acceso a la wifi oculta al público y se realizaron ajustes de software para limitar el acceso al contenido de la Tablet a usuarios registrados.
Posteriormente se procedió a iniciar el uso de la herramienta para comprobar la capacidad para responder a nuestras necesidades y para detectar problemas y solucionarlos.
Una vez conseguido pleno funcionamiento de la herramienta se inició la incorporación de la herramienta al pase de visita.
Se detectó un problema con el acceso web, que solamente es disponible en alguna de las habitaciones, siendo necesaria una modificación de las antenas actuales para que pueda estar disponible en todas las habitaciones. El hospital contempla una reforma del sistema wifi en los próximos meses que permitirá el acceso en la totalidad de las habitaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los indicadores establecidos en el poyecto se consiguió al 100%
creacio´n del equipo de trabajo en el servicio de neurologi´a
adquisicio´n de TABLET
creacio´n de equipo de trabajo con informa´tica
acceso a WIFI
disen~o del acceso informa´tico a TABLET
puesta en prueba
En cuanto al nu´mero de pacientes que ingresen con ictus incorporados a HCE, se ha podido comprobar que en el 100% de los pacientes se han incorporado los datos a HCE, pero con tablet sólamente cuando estaban en habitaciones con acceso wifi.
Esperamos poder extender el uso a toda la unidad de hospitalización una vez sea accesible la wifi desde todas las habitaciones, momento en el que se harán las tareas de difusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido una ocasión para mejorar en el contacto con el servicio de informática que nos ha permitido avanzar en otros aspectos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/846 ========== ***

Nº de registro: 0846

Título
PROYECTO TABLET HCE

Autores:
TEJERO JUSTE CARLOS, SANCHEZ VALIENTE SARA, PEREZ LAZARO CRISTINA, MARIN GRACIA MARTA, GARCES ANTON ESTHER

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0846

1. TÍTULO

PROYECTO TABLET HCE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
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
INTRODUCCIÓN:
Historia Clínica Electrónica
El Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa ha colaborado con el Salud en la elaboración de los formularios de la Historia Clínica Electrónica dentro de un programa en el que están involucrados diferentes servicios de neurología de nuestra comunidad.
El programa busca facilitar la tarea del personal facultativo y de enfermería, permitiendo que la recogida de información se realice en un único entorno compartido con una interfaz muy visual, que a la vez sea capaz de volcar los datos a los informes.
Escalas de Valoración
En el caso de Neurología Vascular, eso contempla la posibilidad de incorporar a la historia clínica las diferentes escalas de valoración que utilizamos habitualmente, consiguiendo que la información sea mucho más precisa y que se minimicen las diferencias inter-observador.
Esfuerzo duplicado
El programa de Historia Clínica Electrónica es accesible a través de la intranet del Hospital, y es posible cumplimentarlo desde cualquiera de los ordenadores disponibles.
Sin embargo, la valoración de los pacientes se debe hacer a la cabecera del paciente, siendo recogida en formularios en papel que posteriormente se transcriben al ordenador, duplicando el tiempo dedicado a esa tarea u obligando a compartir documentos en soporte papel con soporte informático.
Otros soportes informáticos
Para poder realizar una cumplimentación de la Historia Clínica Electrónica en tiempo real, a la cabecera del paciente, es necesario utilizar un soporte informático diferente al ordenador de sobremesa.
En ese sentido, las Tablet convencionales permiten acceso al programa en la propia habitación del enfermo, facilitando el acceso a las pruebas complementarias y a la información registrada por el personal, a la vez que se accede a los registros de las escalas, permitiendo aumentar el tiempo de presencia del facultativo en la habitación del paciente (en lugar de tiempo en despacho) redundando en mejora de la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto consiste en implementar el pase de planta con Tablet en los pacientes con ictus agudo

MÉTODO
Desarrollo del proyecto
• Fase 1: desarrollo de la HCE para el paciente con ictus.
En estos momentos la plataforma ha sido desarrollada por el equipo específico en el SALUD y está en pleno funcionamiento.
• Fase 2: adquisición de TABLET
Hay una compañía farmacéutica que se ha ofrecido para proporcionar el material informático con la fórmula de Donación al hospital.
• Fase 2 contacto con informática
Se solicitará al servicio de informática que nombre a una persona que se incorpore al equipo de proyecto para el desarrollo conjunto del sistema
• Fase 4: acceso a WIFI
En el momento actual la wifi para pacientes no permite una velocidad de acceso a datos que sea operativa. El servicio de informática nos ha confirmado la posibilidad de acceso a una wifi oculta al público que si sería operativa
• Fase 5: diseño del acceso informático a Tablet
Para evitar un uso no profesional de la Tablet, el servicio de informática realizaría modificaciones en los software para limitar el uso a la HCE.
• Fase 6: puesta en prueba
Se iniciará el uso de la herramienta para comprobar la capacidad para responder a nuestras necesidades y para detectar problemas y solucionarlos.
• Fase 7: registro de pacientes
Una vez conseguido pleno funcionamiento de la herramienta se iniciará la incorporación de la herramienta al pase de visita, siendo la forma habitual de registro de evolutivo y generación de informes
• Fase 8: plan de difusión
Una vez conseguido pleno funcionamiento de la herramienta se pondrá en comunicación del resto del servicio y se notificará tanto a dirección del hospital como a los responsables en el SALUD de la HCE

INDICADORES
creación del equipo de trabajo en el servicio de neurología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0846

1. TÍTULO

PROYECTO TABLET HCE

```
adquisición de TABLET
creación de equipo de trabajo con informática
acceso a WIFI
diseño del acceso informático a TABLET
puesta en prueba
Registro de pacientes: número de pacientes que ingresen con ictus incorporados a HCE con tablet: > 95%
difusión del proyecto

DURACIÓN
fases 1 a 5: meses de Enero a Abril de 2019
fase 6: meses de mayo y junio de 2019
fase 7: meses de julio a diciembre de 2019
fase 8: 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 - 2019/0975

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DEL TEST DE APOMORFINA

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA SANCHEZ VALIENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN LABANDA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró el procedimiento reglado para la realización del test de Apomorfina en nuestro centro. Dicho procedimiento se presentó a la Unidad de Calidad del centro y posteriormente a la Dirección Médica del mismo para su aprobación y posterior publicación en el listado de procedimientos del Hospital Clinico Lozano Blesa.
El protocolo se presentó a la Unidad de Calidad con fecha 10 de mayo de 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El procedimiento ha sido aprobado por la dirección del centro y publicado con fecha 5 de noviembre de 2019.
No ha podido implementarse el mismo dada la fecha de su aprobación, de manera que se aplicará a partir del proximo año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración de un procedimiento clínico ayuda a unificar y sistematizar las distintas actuaciones médicas/enfermeras/administrativas de cualquier proceso, facilitanso su aplicación y mejorando tanto la efectividad como la eficiencia del mismo.

7. OBSERVACIONES.
Dado que hasta el 5 de noviembre de 2019 no fue aprobado y publicado por el centro, no ha podido implementarse el procedimiento, de manera que se llevará a cabo a partir de 2020.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/975 ========== ***

Nº de registro: 0975

Título
PROCEDIMIENTO DEL TEST DE APOMORFINA

Autores:
SANCHEZ VALIENTE SARA, MARIN LABANDA RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los pacientes diagnosticados de enfermedad de Parkinson avanzado, presentan con frecuencia fluctuaciones motoras y no motoras complejas que no se controlan con la medicación convencional. En estos casos uno de los tratamientos que consiguen revertir el Off de forma rápida es la inyección subcutánea de apomorfina. Sin embargo no todos los pacientes responden a este fármaco y la dosis necesaria en los que si lo hacen, debe calcularse de forma individualizada mediante el test de Apomorfina.
Hasta la fecha, dado que la realización del test requiere una monitorización periódica de la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y los posibles efectos secundarios con el apoyo del personal de enfermería, nos vemos obligados a ingresar al paciente durante 24 horas en el hospital de semana, con el consiguiente ingreso innecesario dado que dicho test puede realizarse de forma ambulatoria siempre que se cuente con los medios adecuados.
Pues bien, desde el mes de marzo/abril de 2019, disponemos de una enfermera en la consulta externa de Neurología del HCU Lozano Blesa, que podrá apoyar en la realización del test de Apomorfina ambulatorio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0975

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DEL TEST DE APOMORFINA

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar un procedimiento de realización del test de Apomorfina de forma ambulatoria, evitando ingresos innecesarios.
La población diana son los pacientes diagnosticados de enfermedad de Parkinson avanzada de la consulta de trastornos del movimiento del HCU Lozano Blesa, que reúnan criterios para la indicación del tratamiento con Apomorfina subcutánea.

MÉTODO
Se elaborará un procedimiento de realización ambulatoria del test de Apomorfina por parte de la responsable de la consulta de Trastornos del Movimiento con la colaboración de la enfermera de dicha consulta.
Una vez realizado el procedimiento se presentará al Servicio del Calidad del HCU Lozano Blesa para su aprobación y publicación en Intranet.
Los test se realizaran durante una mañana preferentemente de viernes a concretar según programación de consultas.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes a los que se ha realizado el test de Apomorfina de forma ambulatoria.
Fuente de datos: base de datos de pacientes de la consulta de trastornos del movimiento
Estándar: 90-100% de los pacientes a los que se les ha realizado el test

DURACIÓN
Año 2019 y siguientes. (se iniciará a partir de Abril en dependencia de la disponibilidad de la enfermera)
Se revisará en diciembre de 2019 en la base de datos de pacientes de la consulta de Trastornos del Movimiento por parte de su responsable, el porcentaje de pacientes a los que se ha realizado el test de Apomorfina de forma ambulatoria.

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 - 2019/0043

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCOPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELENA MARIA BESCOS SANTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO
SANZ LOPEZ ALEJANDRO
NASSAR MELIC NADIA
AMBROJ NAVARRO CARMEN
TIMON GARCIA ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se forma equipo multidisciplicar uroginecológico para dicha cirugía.
Se inicia entreno del equipo quirúrgico encargado de realizar dicha técnica.
Se localiza el Kit quirúrgico que al equipo le parece el más adecuado para su realización
Inicialmente acude experto en tema para acompañarnos en primeras cirugías

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se consiguen realizar 6 colposacropexias laparoscópicas de enero a julio 2019, momento en el cual no se consigue contar con la aprobación de compras para material protésico empleado para la técnica.

Desde el verano 2019 se han tenido que volver a realizar vía abierta dado de no disponer el Kit que facilita su realización vía laparoscópica.

De las 6 cirugías realizadas, 5 no han sufrido ninguna complicación y una de ellas una peritonitis tardía de origen desconocido.

La media del tiempo quirúrgico es de 2h 30 min.

La estancia media ha sido de 3 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto nos permite la creación de quirófanos multidisciplinares que permiten la mejora del manejo quirúrgico y la mayor interrelación entre especialidades de la Unidad De Suelo Pélvico del Hospital Clínico Lozano Blesa

Es una pena que tras el inicio en la curva de aprendizaje se haya tenido que detener el proyecto en espera de respuesta sobre el kit empleado en dicha técnica.
El postoperatorio de la cirugía laparoscópica ha sido menos doloroso y con mayor brevedad en cuanto a ser dadas de alta y a recuperar la actividad habitual de las pacientes, encontrando una gran satisfacción en la revisión postoperatoria.

7. OBSERVACIONES.
Se espera poder continuar a lo largo del 2020.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/43 ========== ***

Nº de registro: 0043

Título
INCORPORACION DE LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCOPICA PARA EL TRATAMIENTO DE PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL

Autores:
BESCOS SANTANA ELENA, HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO, SANZ LOPEZ ALEJANDRO, NASSAR MELIC NADIA, AMBROJ NAVARRO CARMEN, TIMON GARCIA ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0043

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCOPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Prolapso de órganos pélvicos es una de las indicaciones más frecuentes de cirugía de suelo pélvico, hasta el 11% de las mujeres requerirán alguna intervención al llegar a los 80 años de edad. El síntoma más común es la sensación de cuerpo extraño.
Los factores asociados al Prolapso de órganos pélvicos son el número de partos vaginales, multiparidad, edad avanzada, obesidad, antecedente de histerectomía y aumento de la presión intraabdominal.

El manejo ideal del prolapso de cúpula vaginal es la Sacrocolpopexia (abdominal, laparoscópica o robótica), descrita inicialmente en 1957 por Lane. Su éxito se basa en asegurar el soporte del suelo pélvico con material sintético fijando la cúpula al sacro, preservando el eje y profundidad normales de la vagina. El material sintético proporciona fuerza donde el tejido está debilitado.

El resultado tras la Sacrocolpopexia laparoscópica ha demostrado éxito y satisfacción en hasta el 78-100% de las pacientes, en contraste con lo reportado con la fijación de cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso durante histerectomía vaginal del 88-90% de mejoría.

El abordaje laparoscópico evita la necesidad de realizar incisiones grandes además de tener menor manipulación intestinal, por lo cual el tiempo de recuperación y estancia hospitalaria son menores que en la cirugía abierta, sin embargo, los tiempos quirúrgicos suelen ser mayores, y la curva de aprendizaje ha retrasado el empleo universal de esta técnica. El tiempo quirúrgico estimado es de 150-210min.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo prioritario del proyecto es la realización de las Colposacropexias por prolapso de cúpula vaginal o aquellas asociadas a histerectomía en las que profilácticamente de realice una Cervicopexia profiláctica sean realizadas mayoritariamente vía laparoscópica.

MÉTODO
Las intervenciones que se programaran con el tiempo suficiente para poder realizar quirófanos multidisciplinares en los que se colabore con el Servicio desde Urología. Mediante este quirófano Uroginecológico de Suelo Pélvico se pretende facilitar la curva de aprendizaje y minimizar los riesgos y complicaciones.

INDICADORES
- Porcentaje de Colposacropexias /Cervicopexias realizadas vía laparoscópica
- Disminución en los días de estancia postoperatoria
- Pérdida hemática quirúrgica

DURACIÓN
Enero 2019 - Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0058

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CONIZACIONES REALIZADAS CON EXOSCOPIO

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NADIA NASSAR MELIC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PADIN FABEIRO MARTA
GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE
BESCOS SANTANA ELENA
PROCAS RAMON BEATRIZ
TABUENCA VICEN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado un total de 103 conizaciones en nuestro servicio desde Enero de 2019 a 31 de Diciembre de 2019.En el mes de Noviembre la óptica del exoscopio sufrió una avería y ha sido enviada a reparar por lo que desde esa fecha no está disponible en quirófano.
Se creó una base para la recogida de datos y tras finalizar el periodo se han revisado los protocolos quirúrgicos, visitas a urgencias de la pacientes y resultados anatomopatológicos de las piezas obtenidas. A día de redactar esta memoria quedan pendiente de resultado por parte de anatomía patológica 9 conizaciones.
Debido a la programación del servicio no ha sido posible programar todas las conizaciones en partes quirúrgicos que solo incluyeran facultativos de la Unidad de Patología Cervical por lo que han sido realizadas por todos los facultativos que realizan actividad quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Del total de 103 conos, 86 han tenido la oportunidad de ser realizados con exoscopio antes de que se deteriorara la óptica. De ellos 72 se realizaron mediante esta técnica. 94 piezas quirúrgicas han sido ya analizadas por anatomía patológica con informe definitivo.

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio: 83,7%. El motivo principal para su no utilización estando disponible ha sido la decisión del cirujano, bien debido a sus preferencias o por falta de conocimiento en su uso.

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio con escisión en pieza única:48,6%

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio con complicación hemorrágica grave durante el acto quirúrgico: 9,72%

-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio que precisen reingreso: 2.77%

-Porcentaje de conizaciones con bordes afectos de lesión en estudio anatomopatológico: 26,5%. Si analizamos la afectación de bordes en conos realizados con exoscopio se obtiene un 18%.

-Porcentaje de conizaciones sin lesión histológica: 2 piezas de las 94 analizadas hasta la fecha, lo que corresponde al 2,12%. No se han hallado diferencias significativas entre realizarlas con o sin exoscopio ya que cada una fue obtenida de una manera.

-Porcentaje de piezas de conización que confirmen lesión HSIL: 78,7%. Si diferenciamos entre la técnica utilizada se consigue confirmar la lesión en el 80,5% de los conos realizados con exoscopio y tan solo en el 51,6% de los realizados sin exoscopio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Siguiendo las recomendaciones de la última guía de calidad de la AEPCC el 90% de las conizaciones deben ser realizadas bajo control colposcópico con exoscopio. Esta técnica ayuda a resecar tan solo la zona problema minimizando el riesgo de complicaciones siendo lo más conservador posible. En nuestro servicio se han realizado el 83,7% lo que nos lleva a la conclusión de que el uso del exoscopio debe ser fomentado entre los facultativos no habituados a su uso.
El porcentaje de casos de escisión con pieza única debe ser superior al 80%. En nuestros resultados encontramos tan solo el 48,6%. La escisión en pieza única facilita su estudio anatomopatológico posterior y al minimizar la técnica quirúrgica también se disminuye la posibilidad de lesiones o complicaciones secundarias como el sangrado. Nuestro bajo porcentaje puede deberse a que cerca del 80% de las conizaciones son realizadas por médicos residentes que precisan mejorar su curva de aprendizaje o bien debido a que la extensión de la lesión no permite ser resecada en tan solo una pieza, pero en este caso habría que valorar si la técnica quirúrgica ha sido la adecuada comenzando con la elección del tamaño del asa de diatermia.
La proporción de complicaciones hemorrágicas graves durante la cirugía debe ser inferior al 5%. En nuestro medio encontramos un 9,72%. Del total de 11 casos reportados 7 se realizaron con exoscopio y 4 sin él. Esta cifra puede deberse más a la realización de la técnica quirúrgica en sí más que al hecho de realizarla bajo control colposcópico. Lo que nos indica que habría que revisar si la técnica es homogénea entre los cirujanos teniendo en cuenta la curva de aprendizaje de residentes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0058

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CONIZACIONES REALIZADAS CON EXOSCOPIO

El porcentaje de conizaciones realizadas que precisen reingreso por complicaciones asociadas al tratamiento debe ser inferior al 2% encontrándonos en nuestra serie un resultado del 2,77%.
Otro de los estándares de calidad es que las piezas de conización deben presentar afectación de bordes en el 20% o menos de los casos. Nuestros resultados son de un 26,5% del total de conizaciones pero si estudiamos tan sólo las realizadas bajo control exoscópico es cifra baja a un 18%. Lo que confirma la mejora de la técnica a realizar la cirugía con visión colposcópica previa.
El porcentaje de piezas blancas (sin evidencia de lesión) debe ser igual o inferior al 15%. En nuestro estudio se obtuvieron tan solo 2 piezas blancas correspondiendo al 2% de los casos, sin haber diferencia entre ser realizadas con exoscopio o sin él.
Una buena técnica quirúrgica debe confirmar al menos en el 70% de los conos una lesión de alto grado (HSIL). Nuestros resultados amparan ese estándar de calidad con un 78,7% de los casos, con gran diferencia entre los realizados con exoscopio y los que no, ya que el uso de la colposcopia previa mejora hasta en un 80% la confirmación de lesión de alto grado en pieza definitiva.
Como conclusiones podemos sacar que en nuestro servicio se debe fomentar el uso del exoscopio entre todos los facultativos, mejorando su curva de aprendizaje junto con la de los médicos residentes, lo que ayuda a obtener piezas de conización que traten y confirmen en un alto porcentaje la lesión de alto grado por la que han sido indicadas.
Y unificar la técnica quirúrgica para conseguir mayor tasa de escisión en pieza única lo que ayudaría a minimizar las complicaciones intra y postoperatorias facilitando la lectura posterior al servicio de Anatomía Patológica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/58 ========== ***

Nº de registro: 0058

Título
MEJORA DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CONIZACIONES REALIZADAS CON EXOSCOPIO

Autores:
NASSAR MELIC NADIA, PADIN FABEIRO MARTA, GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE, BESCOS SANTANA ELENA, BEATRIZ PROCAS RAMON, TABUENCA VICEN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La conización es el procedimiento quirúrgico por el cual se tratan las lesiones premalignas del cuello del útero, cuya evolución espontánea en algunos casos podría suponer un riesgo de desarrollar cáncer de cérvix. Del mismo modo sirve para realizar un diagnóstico definitivo de la lesión cervical.
Habitualmente se realiza de forma ambulatoria o con alta precoz.

Puede entrañar una serie de complicaciones inmediatas como son la hemorragia o lesión de paredes vaginales; complicaciones a corto plazo como sangrado que hasta en un 2% de las veces necesita nuevas actuaciones o infección de la herida quirúrgica; y complicaciones a largo plazo, entre las que son más habituales las relacionadas con la reproducción.

Actualmente, la última guía de calidad de al AEPCC recomienda una serie de estándares que deben ser cumplidos en la realización de la conización cervical:

Todas la lesiones cervicales precisan un estudio colposcópico exhaustivo realizado
por personal especializado previo a la realización de tratamiento escisional. Del mismo modo todos los tratamientos de lesiones premalignas de alto grado deben realizarse en centros correctamente equipados y por profesionales especializados.
Entre las pacientes tratadas con procedimientos escisionales el porcentaje de casos de escisión con pieza única debe ser superior a 80%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0058

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CONIZACIONES REALIZADAS CON EXOSCOPIO

La proporción de complicaciones hemorrágicas graves (que requieren tratamientos adicionales) debe ser inferior al 5%.
La proporción de re-ingresos debidas a complicaciones asociadas al tratamiento debe ser inferior al 2%.
Se debe confirmar lesión = a HSIL/CIN 2 en = 70% de las piezas de conización y el porcentaje de conizaciones sin lesión histológica debe ser =15%.
El porcentaje de conizaciones con márgenes positivos para lesión debe ser = 20%.
El porcentaje de conizaciones realizadas bajo control colposcópico debería ser = 90%.

La realización de conizaciones bajo control colposcópico con exoscopio permite diagnosticar sin dificultad la extensión y la gravedad de las lesiones. De este modo la escisión con asa resulta menos traumática para los tejidos y puede minimizar la aparición de complicaciones. Por lo tanto la realización de esta técnica quirúrgica apoyada por el uso de exoscopio puede ayudar a mejorar los estándares de calidad recomendados actualmente.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo prioritario del proyecto es la realización de todas las conizaciones cervicales que sean posible con exoscopio y la valoración posterior de una serie de parámetros que nos permitan conocer si se produce una mejoría en los estándares de calidad recomendados por la AEPCC en comparación con las conizaciones realizadas sin exoscopio.

MÉTODO
Intentar que las conizaciones que se programen con tiempo suficiente se incluyan en días de actividad quirúrgica de los que formen parte los facultativos que componen la Unidad de Patología Cervical y de este modo realizarlas con apoyo de exoscopio en el acto quirúrgico.
Si esto no es posible, fomentar el uso del exoscopio en el acto quirúrgico por el resto de facultativos intentando mejorar su curva de aprendizaje y minimizando los riesgos y complicaciones.
No es necesario ampliación de recursos, ya que el exoscopio forma parte habitual del instrumental en quirófano ginecológico.

INDICADORES
-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio.
-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio con escisión en pieza única.
-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio con complicación hemorrágica grave durante el acto quirúrgico.
-Porcentaje de conizaciones realizadas con exoscopio que precisen reingreso.
-Porcentaje de conizaciones con bordes afectos de lesión en estudio AP.
-Porcentaje de conizaciones sin lesión histológica.

DURACIÓN
Enero 2019 – 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 - 2019/0075

1. TÍTULO

MEJORA DE LA VIA CLINICA Y DOCUMENTACION PARA REALIZACION DE HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SIRA REPOLLES LASHERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del documento "Ficha de solicitud de Histeroscopia diagnóstica" y del documento "Consulta de Endoscopia Histeroscopia CEGH"
Ambos documentos con campos obligatorios y pestañas desplegables con varias opciones, así como con la presencia de gráficos una vez regenerados. Incluidos en el panel de documentos del HPdoctor del hospital y con acceso por parte de todos los facultativos desde historia del paciente.
En colaboración con el servicio de Informatica, estos documentos se encuentran funcionando con normalidad y quedan incluidos en el espacio "otros Informes" de la historia clínica electrónica.
Se ha solicitado la compra por parte del hospital de la analgesia autoadministrada (Kalinox). Este producto no se encontraba en el catalogo del Salud de Aragón, por lo que se ha procedido a su inclusión en la mesa de compras del Hospital y a continuación en la mesa del Salud. Este producto ha sido aprobado y se encuentra pendiente de codificación para comenzar a utilizarlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Más del 95 % de las pacientes acuden a la realización de la histeroscopia con el documento de solicitud correctamente implementado
En la práctica totalidad de las pacientes se realiza el documento de consulta de histeroscopia con los resultados de la prueba, que queda colgado en la red y del cual se emite copia para la paciente.
Kalinox pendiente de asignar código
Respecto a la mejora del circuito de las pacientes, por necesidades del bloque quirúrgico, hemos cambiado el horario a las tardes, con lo cual, mejora algo la rotación y tiempo de espera de las pacientes. Pendiente de confirmar nuevos horarios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El desarrollo de los documentos y su inclusión en el HPdoctor requiere de la colaboración del servicio de informática y a veces resulta complicado. Aunque los documentos funcionan, tenemos intención de mejorarlos para disminuir al máximo el texto libre y con ello la variabilidad. Introducir un producto nuevo en la red Salud también resulta tediospo y requiere de la colaboración de varios estamentos.
Respecto al espacio asignado para la realización de las histeroscopia, es nuestra intención disponer de un habitáculo más accesible en el bloque de consultas, lo cual convertiría esta prueba en una "alta Resolución" y evitaría esperas innecesarias así como la inclusión de esta prueba diagnóstica en la LEQ. Esto sería altamente costo-efectivo y mejoraría extraordinariamente el confort de las pacientes. Estamos a la espera de la nueva adjudicación de los espacios, hecho este sujeto a negociación por las diferentes secciones de nuestro servicio

7. OBSERVACIONES.
Esperamos la colaboración de la unidad de calidad para conseguir los espacios oportunos para cerrar este circuito en las condiciones en que está planteado este proyecto

*** ========== Resumen del proyecto 2019/75 ========== ***

Nº de registro: 0075

Título
MEJORA DE LA VIA CLINICA Y DOCUMENTACION PARA REALIZACION DE HISTEROSCOPIAS DIAGNOSTICA

Autores:
REPOLLES LASHERAS SIRA, TABUENCA VICEN CRISTINA, LUNA ALVAREZ CRISTINA, GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE, DIAZ VEGA MIGUEL, LOU MERCADE ANA CRISTINA, JIMENEZ MARTINEZ DOLORES, SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0075

1. TÍTULO

MEJORA DE LA VIA CLINICA Y DOCUMENTACION PARA REALIZACION DE HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La gran variabilidad de los puntos de solicitud de la prestación de realización de Histeroscopias diagnosticas y las diferentes vías necesarias para la recepción de documentación necesaria para la realización de la prueba, hacen necesaria la normalización de la vía de entrada. la homogeneización de la prestación y la elaboración de documentos específicos para su uso desde todos los puntos de solicitud. Asimismo es necesaria la realización de un informe normalizado de los resultados de esta prueba y al acceso a éste desde intranet por parte de cualquier facultativo

RESULTADOS ESPERADOS
Dirigido a todos los puntos de asistencia que sean susceptibles de solicitar la realización de una histeroscopia diagnóstica, dependientes del Servicio de Obstetricia y Ginecología dl HCU

MÉTODO
Elaboración de una "Ficha de Solicitud de histeroscopia diagnostica"en la que se incluye una historia clínica dirigida y el motivo de la solicitud.
Elaboración de un "Protocolo de Realización de Histeroscopia Diagnóstica"donde consten los resultados de la prueba. Ambos documentos se colgarán en la red de Intranet del HCU (HP Doctor) y aparecerán igualmente en la Historia Clínica Electrónica en sus apartados correspondientes
Ajuste de los horarios de citación de pacientes para evitar esperas innecesarias
Mejora del confort de la paciente mediante analgesia autoadministrada durante la realización de la prueba
Mejora del circuito de pacientes por la zona quirúrgica previa realización de la prueba

INDICADORES
Número de pacientes que acuden a la realización de histeroscopia con la documentación necesaria en regla (Ficha de solicitud)
Número de informes de resultado de la prueba que aparecen correctamente cumplimentados en intranet
Tiempo medio de espera de las pacientes en la zona quirúrgica para la realización de la prueba
Número de pacientes a las que o se puede realizar la técnica por mala tolerancia (dolor)

DURACIÓN
Elaboración de documentos normalizados: 1 mes
Inclusión en HPDoctor por Servicio de Informática y correcciones correspondientes: 1 mes
Elaboración de circuito y mejora de estancias de espera: 1 mes
Obtención de dispositivo de autoadministración de analgesia (Kalinox): a la espera de confirmación por servicio suministros en colaboración con anestesia

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 - 2019/0508

1. TÍTULO

CREACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE SEXOLOGIA CLÍNICA EN SALUD ARAGON SECTOR III

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL LAHOZ PASCUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOU MERCADE ANA CRISTINA
ORNAT CLEMENTE LIA
POLO OLIVEROS LAURA
HIERRO ESPINOSA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1) Desde Febrero del 2019, incluido, está en funcionamiento la consulta de sexualidad Clínica en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Está consulta está integrada en el Servicio de Ginecología, como una Unidad independiente. Se le ha nominado GIN J6 y se le ha otorgado una agenda específica. Se pasa 2 días al mes en horario de mañana, en el espacio físico de la consulta número 26 de la planta 5ª del CME Inocencio Jiménez. Cada consulta consta de 4 primeros días de 45 minutos por paciente, y 4 segundas o sucesivas visitas de 30 minutos cada una. La facultativa responsable de esta consulta es la Dra. Isabel Lahoz.
2) Se ha regulado el tipo de disfunciónes sexuales que se deben derivar a la consulta en esta primera fase: TDSH- Trastornos del orgasmo- Vaginismos.
3) Se ha regulado la vía de derivación de las pacientes subsidiarias de ser atendidas en esta consulta por ahora: desde las consultas de ginecología del área 3 se les dirigirá al servicio de citaciones del CME IJ para ser citadas en la consulta GINJ6 de dicho centro.
4) En los casos de disfunciones sexuales femeninas que requieran un abordaje mas amplio, bien sea por disfunción asociada de pareja masculina o por aparecer problemas psicológicos no tratables mediante terapia cognitivo conductual, se trabaja el caso conjuntamente con:
- Urología: Unidad de andrología
- Psiquiatría: Consultas CME IJ
- Consulta de psicología sexología del Centro de salud Delicias Sur.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta enero 2020, tras 12 meses de la apertura de la consulta, se han realizado 153 consultas. El 80% de las pacientes han sido derivadas desde las consultas de ginecología del área 3. El 20% restante desde los servicios de Urología o desde la consulta de psicología sexología del Centro de salud Delicias Sur.
La disfunción sexual mas frecuente ha sido el Trastorno del deseo sexual hipoactivo (40%), seguido de los trastornos del orgasmo (30%), de los casos de Vaginismos (20%) y de las dispareunias (10%). Resaltar que es frecuente encontrar varias de estas disfunciones en una misma paciente, por lo que es habitual, el tener que realizar un abordaje terapéutico que de solución a todas ellas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. La creación de esta consulta ha sido acogida con gran satisfacción por parte de las pacientes. Las mujeres que padecen disfunciones sexuales, no disponían de medios a su alcance hasta ahora en las consultas de ginecología, para poder plantear sus problemas y encontrar solución para ellos.
2. Para poder proporcionar una atención mas especializada se ha seguido por parte de la facultativo a cargo (Dra. Lahoz) un training presencial en Sexología Clínica de 1 año de duración, impartido por el Instituto Andaluz de Sexología Clínica.
3. Se recomendaría la ampliación de la consulta a 1 día semanal/quincenal para poder realizar un seguimiento mas correcto de las pacientes.
4. Atendiendo a la demanda actual de la sociedad, sería aconsejable la creación de una unidad de sexología multidisciplinar, que integrara a todos los Servicios que intervienen en ella: ginecólogo sexólogo, urólogo andrólogo, psicólogo sexólogo, psiquiatra sexólogo y rehabilitador/fisioterapeuta sexólogo-suelo pélvico, y así ofertar un abordaje integral a la paciente/pareja con disfunción sexual.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/508 ========== ***

Nº de registro: 0508

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0508

1. TÍTULO

CREACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE SEXOLOGIA CLÍNICA EN SALUD ARAGON SECTOR III

Título
CREACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE SEXOLOGIA CLINICA EN SALUD ARAGON SECTOR III

Autores:
LAHOZ PASCUAL MARIA ISABEL, LOU MERCADE ANA CRISTINA, ORNAT CLEMENTE LIA, POLO OLIVEROS LAURA, HIERRO ESPINOSA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISFUNCIONES SEXUALES
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Ley Orga´nica 2/2010, de 3 de marzo, establece: “Los servicios públicos de salud garantizarán en primer lugar la calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible”.
Las disfunciones sexuales femeninas están infradiagnosticadas. Permanecen ocultas incluso en las consultas de ginecología, salvo que incluyamos preguntas específicas sobre el tema en la anamnesis, y aun así, la mayoría de las veces, la paciente no se atreve a hablar de ello por ser un problema que afecta a su más profunda intimidad.
Actualmente, no existe en la cartera de servicios del Servicio Aragonés de Salud, una consulta de sexualidad ofertada por los Servicios de Ginecología.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover una atención de calidad con servicios públicos accesibles a la salud sexual, contribuyendo a mejorar la vivencia de la sexualidad de manera integral.
Se propone la creación de una consulta monográfica de sexualidad me´dica para tratar patologías de la esfera sexual.
Población diana: mujeres del Sector III que tengan relaciones sexuales.
Las disfunciones sexuales a tratar van a ser:
- Trastorno del deseo sexual hipoactivo.
- Trastorno orgásmico.
- Vaginismos.

MÉTODO
El abordaje de la terapia sexual tendrá como base la promoción de la educación sexual, así como el apoyo al autoconocimiento y a la comunicación en pareja.
El pilar fundamental del tratamiento será la terapia cognitivo conductual, ayudada de la farmacología de la que disponemos en este momento al servicio de este tipo de disfunciones.
La paciente será atendida de modo individual, aunque puede ser necesaria la presencia de la pareja durante algún momento de la terapia.
En el caso de las disfunciones sexuales más prevalentes, el tratamiento se prolongará aproximadamente durante seis semanas, aunque dicho periodo, como se ha señalado previamente, será variable en función de la disfunción.
Con respecto a la duración de las sesiones, proponemos una duración de 60 minutos en primera visita y de 45 minutos para las siguientes consultas y siendo su periodicidad quincenal o semanal según el caso concreto.
Se elaborarán protocolos de disfunciones sexuales femeninas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Se establecerán contactos con los Servicios de Urología, Endocrinología y Psiquiatría si durante el proceso de la terapia se considerase necesario.

INDICADORES
- Número de pacientes atendidas en la consulta a lo largo del año 2019.
- Indice de satisfacción de las pacientes atendidas en la misma. Se utilizará un cuestionario de satisfacción que se entregará a la paciente cuando esta sea dada de alta de la consulta.
- % de mejoría del FSFI (cuestionario validado, evaluador de la función sexual) con el objetivo de valorar la intervención. Se entregará dicho cuestionario en la primera visita y al alta de la paciente

DURACIÓN
ABRIL/MAYO 2019
- Reuniones interdisciplinarias de Ginecología-Urología- Psiquiatría- Endocrinología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0508

1. TÍTULO

CREACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE SEXOLOGIA CLÍNICA EN SALUD ARAGON SECTOR III

- Elaboración de un protocolo común.
- Programación de secuencia citación-visitas-derivación dentro de la misma Unidad.
- Responsables: Dra. Lahoz/ Dr. Repolles/ Dr. Gonzalez

ABRIL 2019
- Creación de agenda específica de pacientes.
- Responsables: Dr. Gonzalez/Dra. Lahoz

MAYO 2019
- Reunión y difusión a los centros de Atención Primaria con divulgación a médicos y profesionales para facilitar la derivación y el acceso de los pacientes.
- Responsables: Dr. Gonzalez/Dra. Repolles/Dra. Lahoz

DESDE ABRIL 2019
- Puesta en marcha.
- Responsable: Dra. Lahoz

La puesta en marcha se realizará a lo largo del año 2019. Tras este periodo de prueba precisará de unos dos años para su completa y definitiva instauración.

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 - 2019/0527

1. TÍTULO

REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JORGE MARTINEZ MEDEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL
ALVAREZ MARTINEZ ALICIA
GUARGA MONTORI MARIA
ECHARTE MARIA TERESA
LUNA ALVAREZ CRISTINA
ABAD PEREZ PRADO
ESTEBAN CID VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se expuso el proyecto a todo el personal del Servicio de Obstetricia. Se estableció contacto con el Servicio de Anestesiología para establecer el tipo de analgesia raquídea a aplicar.
En aquellas pacientes a las que se intentó realizar versión cefálica externa y ésta fue fallida, se les proporcionó información detallada y se les brindó la posibilidad de realizar la técnica bajo anestesia raquídea (bien de manera aislada o bien el mismo día de la cesárea programada). Se contó con el apoyo de todo el personal del Servicio de Obstetricia y de Anestesiología implicado al respecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El número de casos durante 2019 ha sido insuficiente para poder establecer resultados concluyentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es preciso un mayor número de casos para valorar el resultado de la técnica de manera significativa. Por ello solicitamos la prórroga de 1 año del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/527 ========== ***

Nº de registro: 0527

Título
REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA

Autores:
MARTINEZ MEDEL JORGE, ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL, ALVAREZ MARTINEZ ALICIA, GUARGA MONTORI MARIA, ECHARTE MARIA TERESA, LUNA ALVAREZ CRISTINA, ABAD PEREZ PRADO, ESTEBAN CID VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El objetivo final de la VCE (versión cefálica externa) es aumentar la probabilidad de tener un parto vaginal en presentación cefálica y reducir así la tasa de cesáreas asociada a presentación no cefálica.
Esta maniobra se dirige a pacientes con gestación controlada de bajo riesgo y a término. Las pacientes deben de ser informadas correctamente y manifestar su conformidad mediante la firma del consentimiento informado de versión cefálica externa.
La eficacia de la VCE es alrededor de un 60% (entre el 40 y el 78%). Diversos factores se asocian con una reducción de las tasas de éxito: nuliparidad, placenta anterior, disminución de líquido amniótico, pelvis no favorable, obesidad materna, tensión de pared abdominal materna, tensión uterina, cabeza fetal no palpable,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0527

1. TÍTULO

REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA

rotura prematura de membrana (RPM), edad materna avanzada, edad gestacional avanzada, peso fetal elevado, cicatriz uterina previa, presentación de nalgas puras.
Otros se asocian con mayor éxito de la versión externa: uso de tocolíticos durante la maniobra, experiencia del operador, multiparidad, volumen de líquido amniótico abundante, placenta en localización posterior o presentación fetal de pies.
El proyecto de calidad implementado en 2018 en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de Zaragoza puso de manifiesto una tasa de éxito del 47,8% de las versiones realizadas (sin uso alguno de analgesia), con una reducción global asociada de la tasa de cesáreas del hospital de un 0,86%. Asímismo quedó patente que un 50% de las pacientes con feto en presentación no cefálica rechazaron la técnica, expresando como uno de los principales motivos el miedo al dolor que produce.
Estudios recientes han demostrado que la realización de la VCE bajo analgesia neuroaxial, tanto en un primer intento como en un segundo intento tras una VCE inicial fallida (ésta sin analgesia), se asocia con un incremento promedio de la tasa de éxito del 15%, logrando valores globales de éxito de hasta un 87%
La aplicación de dicha analgesia permitirá incrementar el número de pacientes que acepten la realización de la técnica y mejorar la tasa de éxito, reduciendo así la tasa de cesáreas.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: pacientes con gestación controlada de bajo riesgo y a término, con feto en presentación no cefálica, bien con VCE inicial fallida (sin analgesia), bien como primera opción.
Resultados: Protocolización VCE bajo analgesia neuroaxial, mejora tasa de éxito (y consecuentemente reducción de tasa de cesáreas), optimización de recursos.

MÉTODO
Acciones previstas: Establecimiento de protocolo o vía clínica de VCE bajo analgesia neuroaxial, realización por número limitado de operadores.
Recursos: Puesta en marcha de proyecto. Reuniones Servicio de Obstetricia y Servicio de Anestesia para acordar protocolo o vía clínica, así como técnica analgésica empleada y personal participante. Colaboración personal del Servicio de Anestesia. Colaboración del personal de Enfermería del área de Urgencias obstétricas y Partos.
Cambios previstos: Realización ambulatoria bajo analgesia neuroaxial.

INDICADORES
Porcentaje de presentaciones no cefálicas que aceptan versión externa: Valor a alcanzar 50%, límites 30-60%.
Porcentaje de presentaciones no cefálicas que aceptan versión externa bajo analgesia neuroaxial como opción inicial: Valor a alcanzar 10%, límites 5-15%.
Porcentaje de presentaciones no cefálicas que, tras versión fallida, aceptan versión externa bajo analgesia neuroaxial: Valor a alcanzar 30%, límites 15-45%.
Porcentaje de versiones exitosas (realizadas bajo analgesia neuroaxial): Valor a alcanzar 60%, límites 40-80%.
Porcentaje de versiones exitosas que finalizan en parto vaginal: Valor a alcanzar 75%, límites 65-80%.
Reducción total de la tasa de cesáreas asociada a la técnica: Valor a alcanzar 0,8%, límites 0,6-1%.
Fuente de datos: Base de datos del Servicio de Obstetricia de Versiones Externas

DURACIÓN
Fecha de inicio del proyecto: Inmediata
Duración prevista: Valoración de resultados en 1 año.

Responsables: Todos los componentes del equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0528

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SARA RUIZ MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OROS LOPEZ DANIEL
IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA
HIERRO ESPINOSA CRISTINA
POLO OLIVEROS LAURA
CARAZO HERNANDEZ BELEN
TEIRA SOLANO YOLANDA
REYES RAMOS MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante la realización de este proyecto, se han realizado las siguientes actividades, cumpliendo con el calendario propuesto:

- Búsqueda bibliografía y revisión de las guías de preeclampsia utilizadas por otras sociedades científicas.

- Selección de las recomendaciones con mayor grado de evidencia científica
- Estudio de los recursos disponibles en nuestro centro, con el fin de adaptar las recomendaciones a nuestra población.

- Se ha iniciado una relación del servicio de Obstetricia con la Unidad de Hipertensión (Servicio de medicina interna) con el fin de incorporar la colaboración de esta unidad a nuestro servicio para el manejo de pacientes obstétricas con hipertensión, tanto durante el embarazo como en el puerperio.

-Además, se ha desarrollado el protocolo de manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo, que en este momento se encuentra finalizado siguiendo las normas de edición de la Comisión de Revisores de Recomendaciones de Práctica Clínica del Hospital Clinico Lozano Blesa, pendiente de presentarlo en dicha comisión para su aprobación.

- Se ha elaborado, también, el plan para la implantación del cribado secuencial de preeclampsia en primer trimestre, de acuerdo a las ultimas guias y recogido también en este protocolo, y que se pretende poner en marcha en los próximos meses.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con este proyecto de calidad se ha conseguido unificar el manejo de la preeclampsia en nuestro centro basándonos en recomendaciones de elevada calidad científica.

Un buen protocolo de asistencia clinica de la preeclampsia es fundamental puesto que se trata de una causa importante de morbi-mortalidad maternofetal en todo el mundo. Actualmente, representa un 10-15% de la mortalidad perinatal y la segunda causa de mortalidad materna en países desarrollados. Es responsable de 500000 muertes perinatales y 70000 maternas en el mundo cada año. La incidencia de esta enfermedad aumenta de manera generalizada en todo el mundo conforme aumenta la edad materna, la obesidad, las técnicas de reproducción asistida y la comorbilidad materna asociada como la diabetes, la hipertensión crónica o la enfermedad renal. Los cambios sociales y culturales, sobre todo en países desarrollados, hacen que las pacientes en riesgo de padecer preeclampsia aumenten de forma sustancial debido, principalmente, al aumento de la edad media materna y todas las consecuencias que esto supone. Se estima que afecta a un 1-2% de los embarazos en nuestro medio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los protocolos y guias de practica clinica son necesarios para realizar una asistencia de calidad, para mejorar los resultados asistenciales y para unificar el manejo de enfermedades tan complejas como es la preeclampsia.

En este proyecto, queda pendiente la revisión por la Comisión de Revisores de Recomendaciones de Práctica Clínica para incorporarlo a la web del hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/528 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0528

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

***

Nº de registro: 0528

Título
ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Autores:
RUIZ MARTINEZ SARA, OROS LOPEZ DANIEL, IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA, HIERRO ESPINOSA CRISTINA, POLO OLIVEROS LAURA, CARAZO HERNANDEZ BELEN, TEIRA SOLANO YOLANDA, REYES RAMOS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La preeclampsia es una enfermedad asociada al embarazo que conlleva una alteración endotelial multisistémica que se manifiesta clínicamente por un aumento de la tensión arterial acompañada de otros signos y síntomas que pueden ser muy variados en función de la gravedad del cuadro. Es una patología relativamente frecuente en nuestro medio afectando aproximadamente al 1-2% de las gestaciones, aunque el número de casos está aumentando en los últimos años debido al aumento de la edad materna, la obesidad y las comorbilidades asociadas.
Es la segunda causa de mortalidad materna en países desarrollados y supone la causa del 10-15% de las muertes perinatales, siendo, además, la principal causa de parto prematuro iatrogénico con todas las consecuencias de la prematuridad como son el bajo peso, las alteraciones del neurodesarrollo o la hipoplasia pulmonar.
Las guías de práctica clínica o protocolos clínicos son fundamentales para unificar la asistencia y disminuir las complicaciones asociadas al fallo en el diagnóstico o el manejo de patologías potencialmente graves como es la preeclampsia.
En los últimos años se han descrito nuevos recursos y herramientas en el screening de esta patología en la población de alto riesgo. Por eso, es importante tener en nuestro hospital un protocolo clínico que incluya todas las modalidades de los estados hipertensivos del embarazo incluida la preeclampsia, para guiar y unificar el screening, diagnóstico, tratamiento y manejo de esta patología.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar el screening, diagnóstico, tratamiento y manejo de las pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo, mejorando así los resultados perinatales adversos derivados de esta patología y de la prematuridad que se presenta en muchas de estas pacientes. La población diana incluye a todas las gestantes del sector III con alto riesgo de desarrollo de preeclampsia y las que con riesgo o no la desarrollen a lo largo del embarazo o incluso en el puerperio.

MÉTODO
1. Búsqueda bibliográfica y revisión de las guías de preeclampsia utilizadas por otras sociedades científicas.
2. Selección de las recomendaciones con mayor grado de evidencia científica.
3. Estudio de los recursos disponibles en nuestro centro.
4. Desarrollo del protocolo y guía de actuación acorde a las características de nuestras pacientes y los recursos disponibles.

INDICADORES
- Número de ingresos por enfermedad hipertensiva del embarazo durante el año 2019.
- Porcentaje de pacientes tratadas correctamente siguiendo el protocolo establecido.
- Estudio de los resultados perinatales: tasa de prematuridad, tasa de recién nacidos de bajo peso para la edad gestacional, revisión de complicaciones neonatales.
- Estudio de complicaciones maternas.

DURACIÓN
1. Búsqueda bibliográfica y revisión de las guías de actuación (Marzo-Abril 2019)
2. Selección de las recomendaciones con mayor grado de evidencia científica (Mayo 2019)
3. Estudio de los recursos disponibles en nuestro centro (Junio 2019)
4. Desarrollo del protocolo y guía de actuación acorde a las características de nuestras pacientes y los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0528

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

recursos disponibles. (Julio-Diciembre 2019)
5. Septiembre 2019: presentación del protocolo en sesión clínica para los miembros del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
6. Octubre 2019: Presentación del protocolo en la Comisión de Revisores del HCU.

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 - 2019/0536

1. TÍTULO

DIEZ PASOS EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ROJAS PEREZ-EZQUERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATEO ALCALA PURIFICACION
EZQUERRA GIMENEZ ANA
REMACHA SIENES MARIA
ABADIA CUCHI NATALIA
ALBA GIMENEZ LAURA
FLETA ORBEGOZO MARIA DEL MAR
GIL LOSILLA REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Sesión informativa a los miembros del Servicio de Obstetricia y Ginecología en marzo de 2019.
-Sesión conjunta con Pediatría en junio de 2019.
-Reuniones entre Pediatría, Obstetricia y representantes de matronas para acordar el programa de “Puerperio inmediato en Dilatación”.
-Elaboración del documento informativo con los requisitos, criterios de inclusión y pasos a seguir.
-Elaboración del documento relativo a la asistencia del recién nacido y al pase de acompañantes al Paritorio.
-Aprobación del documento en sesión de la Sección de Medicina Materno-Fetal y en sesión del Servicio de Pediatría y presentación de este a todos los profesionales implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En julio de 2019 se puso en marcha el “Puerperio inmediato precoz”.
Atendiendo a la petición cada vez mayor de nuestras gestantes de no separarles del recién nacido en el puerperio inmediato para fomentar el inicio de la lactancia materna a través del contacto piel con piel y buscando una mejor atención en relación con el diagnóstico precoz de la hemorragia puerperal y otras complicaciones maternas del puerperio, se propuso la creación de un área de “Puerperio inmediato” en las salas de Dilatación, como ya se realiza en la mayoría de los Hospitales de España.
Uno de los diez pasos que promueve la iniciativa IHAN (Humanización de la Asistencia al Nacimiento) es hacer hincapié entre otras cosas, en la importancia del contacto precoz piel con piel (CPP) y mejorar las condiciones para facilitarlo en la primera hora postparto.
La recién mamá puede compartir este momento de intimidad con su hijo y su pareja alejado de las visitas que reciben en la habitación y siempre bajo un control personal de la matrona que le ha atendido durante la dilatación-parto y con la que ha establecido un vínculo. Así, tras terminar el parto, pasan a la misma habitación que ocupaban durante la Dilatación y la misma matrona responsable se encarga de los primeros cuidados de madre y recién nacido. Esto ha disminuido el número de traslados de recién nacido al Nido para vigilancia en la primera hora de vida, lo que suponía una separación perjudicial para ambos. También nos ha ayudado en la detección y tratamiento precoz de complicaciones maternas, a diferencia de antes de la puesta en marcha del proyecto, cuando nada más parir pasaban a la planta de Hospitalización a cargo de una enfermera y una matrona de planta para todas las pacientes ingresadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque un cambio tan radical en la forma de trabajar de muchas personas implicadas parecía difícil de conseguir, en un breve lapso, el “Puerperio inmediato en Dilatación” se convirtió en una costumbre adoptada por todos los profesionales implicados como algo sencillo y satisfactorio en lo que vimos más ventajas que inconvenientes.
Las pacientes y sus acompañantes también nos demuestran su conformidad, con pequeñas excepciones, y los pediatras han cambiado sus rutinas en la asistencia del recién nacido en cuanto que este proyecto les facilita la observación del recién nacido por una persona cualificada sin necesidad de separarles de la madre, como ocurría antes de la implantación cuando se trasladaba a los niños al Nido.
Se nos presenta como inconveniente que no disponemos de una Sala de Espera para familiares en el Área de Dilatación. Al alargar una hora más el tiempo que pasa la paciente en la misma, en ocasiones, los pasillos de la Hospitalización están llenos de familiares que esperan a las parturientas.
Queda pendiente a realizar, en el seno del proyecto de calidad, la colocación de los posters del IHAN sobre la aplicación de los 10 Pasos recomendados por la OMS para la consecución de una lactancia feliz en la planta y consultas de Obstetricia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/536 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0536

1. TÍTULO

DIEZ PASOS EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO

Nº de registro: 0536

Título
DIEZ PASOS EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO

Autores:
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ, MATEO ALCALA PURIFICACION, EZQUERRA GIMENEZ ANA, REMACHA SIENES MARIA, ABADIA CUCHI NATALIA, ALBA GIMENEZ LAURA, FLETA ORBEGOZO MARIA DEL MAR, GIL LOSILLA REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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 .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Hace 30 años, la OMS creó el galardón Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento (IHAN) para incentivar a los hospitales y salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna. En 2009 se añadió la "Asistencia amigable a las madres" a los Diez Pasos a seguir para conseguir el premio, cuyo objetivo es seguir las recomendaciones de la Estrategia de asistencia al parto normal publicada por el Ministerio de Sanidad en 2007.
En nuestro hospital se han llevado a cabo múltiples reformas en esta línea con el fin de aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva y mejorar la satisfacción de las madres en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Muchas se han desarrollado en el seno de otros proyectos de calidad.
Aunque pensamos que la obtención del galardón IHAN es algo mucho más complejo de lo que se puede desarrollar en un solo proyecto y que implica a muchos servicios y estamentos, vemos necesario el ir introduciendo los Diez Pasos en nuestra práctica diaria con la intención de, en un futuro próximo, poder optar al mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo primero es poner en conocimiento de los profesionales dedicados a la atención de las embarazadas los Diez Pasos que promueve la OMS para mejorar las tasas de lactancia materna.
Además, se propone seguir los pasos propuestos por la Estrategia de Atención al parto normal, materializados en la Guía de Práctica clínica del parto normal, con el fin de conseguir una "asistencia amigable con las madres".
La población diana serían por un lado los profesionales relacionados con el embarazo y el parto y, por otro lado, las gestantes que se beneficiarían de estas mejoras.

MÉTODO
- Charlas de información sobre los Diez Pasos en el seno de las sesiones del Servicio de Obstetricia y Ginecología y en el programa de formación de las residentes de matronas.
- Desarrollo de un Protocolo de atención al parto normal, en el que se haga hincapié entre otras cosas, en la importancia del contacto precoz piel con piel (CPP) y mejorar las condiciones para facilitarlo en la primera hora postparto, con la incorporación de un área de "Puerperio inmediato" en las salas de Dilatación.
- Información a las gestantes de los beneficios de la lactancia y sobre el proceso de parto. Se distribuirá la información por escrito en forma de posters, folletos y plan de parto del Servicio.
- Puesta en marcha del Libro de partos informatizado en el seno de la HCE para recogida de datos.

INDICADORES
Creación de un informe de recogida de datos sobre el postparto inmediato en cuanto a CPP, inicio de la lactancia, satisfacción de la paciente al alta de Dilatación.
Número de pacientes atendidas en Dilatación en la primera hora postparto.
Número de pacientes que no realizan CPP y los motivos.
Recogida de las cesáreas en las que se realiza CPP en el protocolo quirúrgico en HP Doctor.
Número de tactos vaginales realizados durante la dilatación.
Número de epidurales.
Número de episiotomías.
Número de desgarros de III grado o mayor.

DURACIÓN
Marzo 2019: sesión informativa en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0536

1. TÍTULO

DIEZ PASOS EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO

Marzo 2019: impresión del poster “Diez Pasos” para distribuir en las consultas de Obstetricia y área de hospitalización obstétrica.
Abril 2019: sesión en el seno del programa de formación de residentes de matrona.
Abril 2019: desarrollo del Protocolo de atención al parto normal.
Mayo 2019: puesta en marcha del “Puerperio inmediato” en las salas de Dilatación.
Mayo 2019: puesta en marcha del “Libro de partos” en la HCE.
Febrero 2020: análisis de los datos obtenidos.
Febrero 2020: sesión informativa a los miembros del Servicio de Medicina Materno-Fetal.

Fecha de inicio: marzo 2019
Fecha de finalización: marzo 2021

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 - 2019/0598

1. TÍTULO

INTERCONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DERIVACIÓN DE LA GESTANTE A PRIMERA VISITA DE EMBARAZO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA NARVION CASORRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATEO ALCALA PURIFICACION
AGUILAR ALOMA ESTHER
GOMEZ GIMENO ANGELICA
GRACIA BELTRAN ASUNCION
OROS LOPEZ DANIEL
LUNA ALVAREZ CRISTINA
ABADIA CUCHI NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para poner en marcha este proyecto de la Interconsulta, se realizó una reunión el día 31/5/19 en el Centro de Salud de Miralbueno con las matronas y la dirección de enfermería de atención primaria.
También se han llevado a cabo varias reuniones con los servicios informáticos responsables de la Historia Clínica Electrónica (HCE) del SALUD, para poder solucionar el problema, y poder comenzar con este proyecto cuanto antes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nos encontramos con una serie de problemas informáticos que nos impiden llevarlo a cabo por el momento. Y es que nuestra respuesta de la interconsulta no puede ser visualizada por las matronas, ya que éstas utilizan el programa OMI y no la HCE. Por tanto, por ahora, sólo pueden responder a nuestras interconsultas los médicos de atención primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los responsables de la HCE nos han comunicado que este problema se va a intentar solucionar cuanto antes en las próximas actualizaciones que se realizarán en la HCE.
Además se va a implantar una herramienta de chat en la interconsulta virtual, con lo que se favorecerá la comunicación bidireccional entre matronas y obstetras.

7. OBSERVACIONES.
Es interesante continuar con este proyecto porque favorecerá la relación matrona-obstetra en cuanto tengamos vía directa de comunicación a través de la historia clínica electrónica. Nos facilitará mucho la gestión de citas en las consultas de obstetricia y evitará los retrasos que a veces ocurren en la primera visita del embarazo.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/598 ========== ***

Nº de registro: 0598

Título
INTERCONSULTA DE ATENCION PRIMARIA PARA LA DERIVACION DE LA GESTANTE A PRIMERA VISITA DE EMBARAZO

Autores:
NARVION CASORRAN CAROLINA, MATEO ALCALA PURIFICACION, AGUILAR ALOMA ESTHER, GOMEZ GIMENO ANGELICA, GRACIA BELTRAN ASUNCION, OROS LOPEZ DANIEL, LUNA ALVAREZ CRISTINA, ABADIA CUCHI NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0598

1. TÍTULO

INTERCONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DERIVACIÓN DE LA GESTANTE A PRIMERA VISITA DE EMBARAZO

Con la creación de la cartilla electrónica del embarazo se ha creado una herramienta muy útil para el seguimiento y control del embarazo, a la cual tienen acceso tanto matronas desde atención primaria como los especialistas en las consultas de obstetricia.
El avance en la informatización del manejo de nuestros pacientes mejora la asistencia a los mismos. Hasta ahora la derivación de una gestante a primera visita de embarazo se inicia desde la consulta del médico de cabecera, y se deriva a la mujer embarazada a su matrona para captación de la paciente, cribado de cáncer de cérvix y apertura de cartilla electrónica del embarazo. Tras esa primera visita en Atención Primaria, la derivación a Obstetricia se realiza con volante de interconsulta escrita que, en muchas ocasiones se extravía o resulta incompleto en la información o no comprensible. Se da la situación que algunas embarazadas no pasan por la consulta de la matrona y otras aparecen tarde para acoplarse a los programas de cribado de Diagnóstico Prenatal vigentes.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal de este proyecto es poner en marcha la interconsulta informatizada de Atención Primaria, herramienta de ayuda para la correcta canalización de las pacientes de forma más ordenada y racionalizada. Otros objetivos:
- Que la mujer embarazada tenga una primera visita con la matrona, para el primer contacto del seguimiento de la gestación.
- Que la primera consulta especializada en tocología se produzca alrededor de la semana 9 del embarazo.

La población diana son los médicos y matronas de Atención Primaria y, de forma secundaria, las gestantes que acuden a primera visita de embarazo.

MÉTODO
A través de la historia electrónica, vemos las interconsultas realizadas por Atención Primaria, que nos derivan a las mujeres embarazadas para iniciar su seguimiento. Indicando la FUR (fecha de última regla) en la interconsulta realizada, se calcula cuándo citar a la mujer en la consulta de primer día de obstetricia del CME Inocencio Jiménez.
Este acto administrativo puede ser realizado por el obstetra responsable de la consulta de embarazo en Inocencio Jiménez, Ejea de los Caballeros y Tarazona, de forma semanal todos los lunes.

INDICADORES
Número de embarazadas que tienen primera visita de embarazo concertada con su matrona.
Número de embarazadas que tienen visitas concertadas con la matrona a lo largo de su embarazo.
Número de visitas de primer día en consulta de obstetricia en torno a la semana 9 de embarazo, número de citas correctamente realizadas.

DURACIÓN
Marzo 2019: curso de formación para los miembros del servicio de Medicina Materno Fetal.
Abril 2019: presentación en sesión clínica a los miembros del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Abril 2019: reunión con las matronas de Atención Primaria.
Abril- mayo 2019: periodo de prueba de la interconsulta informatizada.
Mayo de 2019: charlas con los responsables de diferentes centros de Atención Primaria.
Mayo de 2019: puesta en marcha de la Interconsulta informatizada, a la vez que se suspende la interconsulta en papel actual.
Diciembre 2019: primera revisión 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 - 2019/0645

1. TÍTULO

CRIBADO DE PRECLAMPSIA, CIR Y PARTO PRETERMINO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION

Fecha de entrada: 01/03/2020

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES SOBREVIELA LASERRADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ DE AGÜERO LABORDA RAFAEL
LERMA PUERTAS DIEGO
JIMENEZ MARTINEZ DOLORES
DE DIEGO ALLUE ELENA
SANZ LOPEZ ALEJANDRO
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han concretado las pautas de actuación en la clínica diaria
Se ha rediseñado informe final de la exploración ecográfica para que aparezcan los parámetros obtenidos
En este mismo año 2019 hemos obtenido la adjudicación de un proyecto multicéntrico del Instituto de Salud Carlos III para la realización de un CRIbado Secuencial de Preeclam-psia mediante el uso de marcadores angioge´nicos en el primer trimestre" (estudio CRISP) .Expediente No :PI19/00692, que en el momento actual está en fase de adjudicación de los reactivos para iniciar su puesta en marcha. Esta coincidencia hace que este proyecto de calidad se convierta en complementario del proyecto nacional. Por lo que si bien se ha enlentecido su puesta en marcha en le momento inicial, su realización será sin duda de una repercusión sin precedente .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo de este estudio es evaluar por primera vez, de forma prospectiva y en un esce-nario cli´nico real, la realizacio´n de un cribado poblacional secuencial de preeclampsia reservando la determinacio´n de los marcadores angioge´nicos (PlGF; sFTL) a un subgrupo de pacientes con riesgo intermedio tras la aplicacio´n del primer paso de cribado, mante-niendo una elevada tasa de deteccio´n de preeclampsia pero con menor coste econo´mico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/645 ========== ***

Nº de registro: 0645

Título
EVALUACION DEL RIESGO DE PREECLAMPSIA, CIR Y PREMATURIDAD EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION MEDIANTE FORMULAS MATEMATICAS

Autores:
SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES, GONZALEZ DE AGUERO LABORDA RAFAEL, DIEGO LERMA DIEGO, JIMENEZ MARTINEZ DOLORES, DE DIEGO ALLUE ELENA, SANZ LOPEZ ALEJANDRO, ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
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
Prematuridad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0645

1. TÍTULO

CRIBADO DE PRECLAMPSIA, CIR Y PARTO PRETERMINO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION

1 de cada 13 alumbramientos en España se produce por debajo de la semana 37, estos bebes tienen un mayor riesgo de complicaciones graves como: parálisis cerebral, déficits sensoriales, enfermedades crónicas etc., y siguen siendo la principal causa de mortalidad infantil incluso en los países mas desarrollados.

Retraso de crecimiento
La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal. esta asociado a una mayor incidencia de mortalidad perinatal (1/5), mayor morbilidad neonatal (1/3), alteraciones en su desarrollo neurológico y metabólico a largo plazo, incluso en la edad adulta.
Uno de cada 10 casos es un retraso de crecimiento grave, aparece muy precozmente y puede llegar a ser fatal para el feto.
La detección temprana de los factores de riesgo que permita clasificar a la gestación en alto o bajo riesgo de presentar alguno de los tres cuadros. Es fundamental para poder mejorar el pronostico de los mismos.

Preeclampsia

Trastorno hipertensivo que afecta alrededor del 2 al 8 % de embarazos y es una causa importante de mortalidad materna con una prevalencia estimada de 100.000 muertes anuales a nivel mundial.

Es también la primera causa de admisión materna a unidades de cuidados intensivos y está asociada con un riesgo aumentado de mortalidad perinatal, siendo responsable del 10 % de los mortinatos y del 15 % de los nacimientos prete´rminos,
La importancia del diagnóstico precoz está reforzada cuando investigaciones recientes muestran que, en una proporción considerable de casos de muertes fetales debidas a preeclampsia, un manejo diferente podría haber alterado el resultado.

Estos tres procesos engloban la mayor parte de las complicaciones obstétricas y son causa de gran parte de la patología fetal y del recién nacido, precisando para su diagnóstico y tratamiento gran cantidad de recursos humanos y económicos junto con la repercusión socio-familiar que dichos cuadros conllevan.

Recientemente han sido publicado múltiples estudios, que demuestran que la detección precoz junto con una intervención efectiva puede mejorar los resultados, por lo que el desarrollo de estrategias eficaces de predicción y prevención se ha convertido en un objetivo importante de la atención prenatal.

En el momento actual disponemos de algoritmos de cálculo (tomados de la Fetal Medical Foundation) que nos permiten obtener el riesgo especifico para cada paciente mediante la combinación de: factores de la historia de la paciente (raza, peso. antecedentes obstétricos), medida de la tensión arterial, doppler de las arterias uterinas, valores de productos placentarios en sangre materna, determinaciones de parámetros bioquímicos utilizados actualmente para el cribado bioquímico de aneuploidías, y datos ecográficos del feto, y con ello establecer la probabilidad de que se desarrollen dichas patologías.
Son herramientas que permiten realizar diferentes tipos de cálculos exactos para ayudar en el manejo de diferentes situaciones clínicas

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestra propuesta consiste en realizar dichos cálculos a partir de la información recogida tras la realización de la exploración ecográfica del primer trimestre e incluir en el informe clínico, los valores de riesgo que presenta la paciente para cada uno de los cuadros descritos y con ello poder perfilar nuestra población gestante en alto o bajo riesgo para cada una de las tres patologías descritas y poder aplicar precozmente las medidas preventivas y /o terapéuticas adecuadas para mejorar la evolución de las mismas.

MÉTODO
Durante la exploración ecográfica se introducirán los datos requeridos para aplicar las formulas matemáticas (conectados a la pagina de la Fetal Medical Foundation), y dejar reflejado el riesgo en el informe ecográfico, de manera que el clínico reciba la información en el primer trimestre de gestación y esto le permita aplicar medidas preventivas-terapéuticas precozmente

INDICADORES
Número de gestaciones controladas en nuestro centro clasificadas en alto y bajo riesgo.
Los datos quedaran registrados en el informe ecográfico que figurara en el sistema informático hospitalario y en la cartilla electrónica de la gestante.

DURACIÓN
-Incorporar las formulas matemáticas al informe ecográfico: 2 meses
-Difusión de las nuevos parámetros clínicos a todo el servicio: 1 mes
-Análisis de la repercusión clínica de dicho cribado a los 6 meses de su aplicación
-Fecha de inicio del proyecto: Desde el momento de su aprobación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0645

1. TÍTULO

CRIBADO DE PRECLAMPSIA, CIR Y PARTO PRETERMINO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION

-Finalización del proyecto: 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 - 2019/0707

1. TÍTULO

DESARROLLO DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL Y DE GENETICA DE LA REPRODUCCION AREA III DEL SALUD

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA REMACHA SIENES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL
SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES
CASTRO FERNANDEZ ESMERALDA
MONTSERRAT CANTERA ESTHER
MORENO SANCHEZ VICTOR
GOMEZ GIMENO ANGELICA
TEJERO SANCHEZ SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se ha creado, como nos propusimos el grupo “PRECON “ en el servicio de obstetricia con la participación de matronas de atención primaria, hospitalarias y obstetras consiguiendo así una red de comunicación al respecto, que ha conllevado nuevas iniciativas y mejoras que han ido surgiendo a lo largo del año.
- Se ha establecido coordinación y diálogo entre profesionales de otras especialidades, Principalmente anatomía patológica,psicosomática, trabajo social, endocrinología, nefrología, unidad de hipertensión, pediatría, genética médica… No sólo a la hora del manejo de casos particulares sino también en los aspectos más logísticos como derivación,tiempos, burocracia ….

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nuestro objetivo principal ha sido conseguido, como resultado hemos dotado cuatro consultas mensuales preconcepcional y de genética . Iniciando como standard el dotar dos de éstas y percibiendo la necesidad de aumentar dos más. El impacto principal es el adecuado manejo y el estado de salud que las pacientes de alto riesgo (ya sea por antecedentes o enfermedad) llegan a su gestación . Al mismo tiempo el grado de satisfacción de las pacientes que tienen un equipo de referencia en esta área, ya que no es así en el resto de nuestra comunidad a día de hoy, de forma sistematizada.
Así pues el objetivo principal de este proyecto estaría conseguido, nos queda afianzar lo conseguido y trabajar en mejorar aun más la coordinación con atención primaria, así como el mayor manejo de la interconsulta on .line como futuras líneas de trabajo en esta área de nuestro servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestro planteamiento inicial tenia como objetivo principal el impulso y desarrollo de las consultas preconcepcional y genética del área III para conseguir éste y nuestros otros objetivos secundarios se han realizado diversas acciones que detallaremos a continuación durante el año 2019 .

- Respecto al acceso y derivación de pacientes a estas consultas hemos identificado un importante cambio, ya en el mes de abril se preciso ampliar el número de consultas mensuales, a día de hoy hay cuatro consultas abiertas (dos preconcepcionales y dos de genética), analizando este hecho,vemos que la derivación desde nuestro propio servicio de las pacientes subsidiarias de ser vistas en estas consultas “ha dado un giro “ en positivo, tras la sensibilización y puesta en marcha de este proyecto,así como también las pacientes derivadas desde otros especialistas hospitalarios ; pero quizás para el futuro tenemos que trabajar más y mejor la concienciación en el ámbito de atención primaria, sobretodo con los médicos de atención primaria.
- Dado que un gran numero de nuestras pacientes en estas consultas tienen como antecedente una muerte perinatal, hemos estado colaborando y aportando ideas e iniciativas con el grupo de trabajo de duelo perinatal, a este respecto hemos asistido a cursos de formación durante este año para mejorar la calidad asistencial en relación a la mortalidad perinatal, con posterior aplicación en nuestra práctica diaria. También en este grupo de pacientes se ha creado un flujo directo desde el alta del episodio del evento hasta una nueva gestación si ocurre, y así estas pacientes pasan desde la consulta preconcepcional a la consulta de control gestacional de alto riesgo . También se esta creando por parte de las matronas del área de atención materno-fetal una consulta complementando,el control clínico, con el objetivo del apoyo emocional transversal y de educación maternal durante un siguiente embarazo tras una muerte perinatal .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/707 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0707

1. TÍTULO

DESARROLLO DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL Y DE GENETICA DE LA REPRODUCCION AREA III DEL SALUD

***

Nº de registro: 0707

Título
DESARROLLO DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL Y DE GENETICA DE LA REPRODUCCIONDEL AREA III DEL SALUD

Autores:
REMACHA SIENES MARIA, ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL, SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES, CASTRO FERNANDEZ ESMERALDA, MONTSERRAT CANTERA ESTHER, MORENO SANCHEZ VICTOR, GOMEZ GIMENO ANGELICA, TEJERO SANCHEZ SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con patología y/o potencial complicación materno-fetal que deseen gestación
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En los últimos años la evidencia está confirmando lo que ya los obstetras veníamos observando sobre la implicación que tiene en la gestación y sus resultados un adecuado control y cuidado preconcepcional. En las pacientes con futuro embarazo de bajo riesgo dentro de los centros de atención primaria está establecido e implementado dentro de la cartera de servicios esta atención con relativo éxito variando según áreas, población …. Sin embargo y al respecto de la paciente de potencial embarazo de riesgo por diversos motivos (tanto maternos, como fetales) en general no se está ofreciendo un control adecuado.
Detectando esta realidad desde el 2011 en el servicio de Obstetricia del HCU se habilita una consulta preconcepcional, que intentó recoger el testigo de la Consulta preconcepcional que con mas o menos regularidad ha funcionado desde la creación del Servicio en los años setenta del siglo pasado. En ella, se han creado dos agendas especificas: denominadas “consulta preconcepcional” y “consulta de genética reproductiva”. Desde el principio se ha visto que la derivación desde Atención primaria, otras especialidades, incluso desde nuestro propio servicio no ha sido adecuada y las mujeres diana de este control preconcepcional no se están favoreciendo de este recurso asistencial.
En un análisis somero, las razones por las que no se ha conseguido un funcionamiento regular y establecido en el Área son dos. La primera el carácter unipersonal del facultativo responsable de la consulta, que a lo largo de la historia se han reducido a cuatro. Esto supone una dependencia personal que impide el desarrollo normal de la actividad. En segundo lugar, la falta de apertura de esta consulta al resto de servicios y unidades del Área, lo que ha impedido un trabajo coordinado con atención primaria, otros servicios de especializada y las unidades propias de nuestro Servicio, que deben de ser las que remitan a las usuarias de la consulta. En este contexto y con la experiencia acumulada durante estos años, creemos llegado el momento de lanzar la oferta de nuestra consulta preconcepcional como asistencia del Servicio coordinada con todos los niveles asistenciales del Área III.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL:
Impulso y desarrollo de la consulta Preconcepcional y genética de la reproducción del Área III del SALUD
OBJETIVOS ESPECIFICOS:
- Crear un adecuado circuito de derivación desde primaria y otras especialidades de las mujeres subsidiarias de verse en las consultas preconcepcional y genética.
- Consolidar equipo multidisciplinar con obstetras, ecografistas, matronas, enfermería, psicosomática, otras especialidades como endocrino, nefrología …
- Implementación de la interconsulta on line como herramienta de comunicación con atención primaria en este campo.

MÉTODO
PLAN EJECUCIÓN
- Creación del grupo “PRECON” en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HCU Lozano Blesa de Zaragoza: Obstetricia, Diagnóstico prenatal, Matronas,
- Redacción del plan de calidad “CONSULTA PRECONCEPCIONAL DEL AREA III DEL SALUD”
- Coordinación del plan con Servicios del HCU: Psicosomática, Trabajo Social, Laboratorio,
- Coordinación con Atención Primaria: Médicos, Matronas, Salud Mental Pediatría y Enfermería
ACCIONES ESPECÍFICAS:
- Estudio y análisis de la cartera de servicios del SALUD en materia de asistencia preconcepcional
- Identificación, Análisis y definición de las necesidades asistenciales preconcepcionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0707

1. TÍTULO

DESARROLLO DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL Y DE GENETICA DE LA REPRODUCCION AREA III DEL SALUD

- Distribución de estas necesidades según niveles asistenciales
- Normalización del acceso de pacientes al sistema
- Sistematización del flujo de pacientes entre niveles
- Control de calidad
- Recogida de resultados.

INDICADORES
- Numero de primeras visitas en ambas consultas (preconcepcional y genética)
- Aumento de conocimiento de la existencia y utilidades de dichas consultas por parte de los profesionales de atención primaria y especializada.
-Evaluación continua del proceso por el grupo "PRECON"

DURACIÓN
2019 -2020 Ejecución del proyecto.
2021 Evaluación y consolidación

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 - 2019/0740

1. TÍTULO

CREACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA Y UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOMETRIOSIS

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL DIAZ VEGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOU MERCADE ANA CRISTINA
FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO
SUBIRA RIOS JORGE
ELIA GUEDEA MANUELA
GRACIA PELIGERO EVA
CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA
CIA BLASCO PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1) Se ha puesto en marcha la consulta específica de endometriosis en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB). Actualmente ha pasando un día especifico (los viernes) integrada en la unidad de esterilidad y endocrinología ginecológica, pero a partir enero de 2020, dado el volumen y las características singulares de esta patología, se ha abierto los martes una agenda específica y única de endometriosis, desligada de la consulta de esterilidad. La unidad responsable de esta consulta es la de esterilidad y endocrinología ginecológica y los facultativos responsables son la Dra. Lou y el Dr. Díaz.
2) Se ha regulado el tipo de pacientes con endometriosis que se deben derivar y la vía de derivación desde ginecología general a la consulta específica de endometriosis, así como el tratamiento adecuado que requieran las pacientes que con endometriosis, vistas en ginecología general, no requieran ser remitidas a la consulta específica.
3) Se ha realizado guías y cursos con los centros de salud de atención primaria (en colaboración con la unidad de endometriosis de Aragón), recordando los síntomas de sospecha de la endometriosis (Dismenorrea que no cede con el tratamiento habitual; Dolor crónico pélvico; Dispareunia intensa con la penetración profunda; Disquecia cíclica con o sin rectorragia), y cuando deben de remitir las pacientes a la consulta de endometriosis.
4) En los casos de endometriosis severa o de gran complejidad, con la finalidad de integrar el diagnóstico y tratamiento de estas pacientes, y acelerar el procedimiento del mismo, hemos diseñado un comité transversal multidisciplinar, con reuniones mensuales donde se analizan casos clínicos y problemáticas observadas, y con la participación de los siguientes servicios o unidades:
- Radiología: Dr. Fernández.
- Clínica del dolor: Dr. Cía.
- Cirugía colo-rectal: Dra. Elía y Dra. Córdoba
- Urología: Dr. Subira Y Dr.Hijazo
- Psiquiatría: Dra. Gracia.
- Ginecología: Dra. Lou y Dr. Díaz

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han derivado 126 pacientes a la consulta específica de endometriosis del HCULB, siendo el origen de derivación: en 10 (8%) ocasiones de atención primaria; en 70 (55%) del servicio de ginecología del hospital: ambulatorio Inocencio Jiménez, zona rural, ambulatorio o ginecología del hospital (hospitalización, consultas o urgencias); en 14 (11%) de la unidad de esterilidad del HCULB; en 7 (6%) de otras especialidades y por último en 25 (20%) de casos derivados de otras áreas de salud de Aragón.

En el 91% (115) requirieron tratamiento médico y en 14% (18) se realizó cirugía de endometriosis. De las 41 pacientes derivadas con indicación quirúrgica, se ha evitando en 23 ocasiones con diferentes tratamientos la cirugía, lo que supone una disminución del 56%. En 6 cirugías han colaborado el equipo quirúrgico multidisciplinar

Se ha realizado una reunión mensual, del equipo multidisciplinar del HCULB, valorando 21 casos de endometriosis, y se han derivado a las diferentes unidades del hospital (clínica dolor, psiquiatría, urología, cirugía) un total de 28 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1) Con la creación de la consulta se ha mejorado notablemente la eficacia en el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis.

2) Se está poniendo tratamiento médico a todas la pacientes diagnosticadas de endometriosis, lo que impide el avance de la enfermedad, mejorando la sintomatología y le fertilidad.

3) Hemos evitado tratamientos quirúrgicos que podrían disminuir la fertilidad de las pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0740

1. TÍTULO

CREACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA Y UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOMETRIOSIS

4) Se ha realizado planes de formación, tanto en los centros de salud en medicina primaria (médicos de familia y matronas, como en medicina especializada (ginecólogos), con la mejoría en el manejo de esta enfermedad.

5) Hemos generado un grupo de expertos multidisciplinar lo que conlleva una mejora sustancial en el manejo de las pacientes con endometriosis compleja, severa o profunda.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/740 ========== ***

Nº de registro: 0740

Título
CREACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA Y UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOMETRIOSIS

Autores:
DIAZ VEGA MIGUEL, LOU MERCADE ANA CRISTINA, FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO, SUBIRA RIOS JORGE, CIA BLASCO PEDRO, ELIA GUEDEA MANUELA, GRACIA PELIGERO EVA, CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La endometriosis enfermedad crónica durante la edad reproductiva se caracteriza por la presencia y desarrollo de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, que responden a los esteroides ováricos. Tiene una prevalencia de al menos un 10% de la población femenina en edad fértil. Los síntomas más comunes son: dismenorrea, dispareunia, infertilidad y dolor pélvico crónico. Las manifestaciones clínicas son variables, no guardando relación directa con la extensión, requiriendo a veces varias intervenciones quirúrgicas, siendo en ocasiones mutilantes y con complicaciones, sin conseguirse, en todos los casos, un tratamiento curativo.

Uno de los problemas que nos encontramos es el retraso en el diagnóstico y tratamiento. Una valoración precoz de las mujeres con endometriosis podría evitar la evolución de la enfermedad y evitar sus graves consecuencias.

El servicio de Obstetricia y Ginecología, conocedor de la problemática de las pacientes con endometriosis, ha fomentado la creación de una consulta específica de endometriosis, con la finalidad de mejora en el manejo de este grupo de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Generar una guía de actuación para mejorar el diagnóstico temprano y la calidad de las pacientes con endometriosis con los siguientes objetivos:

1) Conseguir una adecuada coordinación entre atención primaria y atención especializada, para derivar ante la sospecha de endometriosis a la consulta específica.
2) Desde la consulta específica: Determinar el grado de endometriosis.
- Leve: Remitirla a control a atención primaria, con el manejo adecuado.
- Deseo genésico: Remitirla a la unidad de esterilidad y reproducción.
- Grave: Evaluarla en la unidad multidisciplinar.
3) Generar en el hospital un equipo multidisciplinar de diferentes unidades para el manejo de la endometriosis severa

MÉTODO
1) Para una correcta coordinación con atención primaria, generar una guía e itinerario de las pacientes con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0740

1. TÍTULO

CREACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA Y UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOMETRIOSIS

sospecha o diagnosticadas de endometriosis.
2) Puesta en funcionamiento de una consulta específica de endometriosis. Valorar el número facultativosos y consultas necesarias.
3) Unidad multidisciplinar: Para la atención de casos de endometriosis profunda de gran complejidad, se requiere la participación y coordinación los siguientes profesionales:

- Ginecología.
- Cirugía colo-rectal
- Urología.
- Radiología.
- Clínica del dolor.
- Psiquiatría
- Esterilidad y reproducción

INDICADORES
a) Indicadores de actividad.
- Origen de las pacientes derivadas con endometriosis.
- Pacientes que requieren tratamiento médico o quirúrgico.
- Pacientes que requieren evaluación por otras unidades (equipo multidisciplinar)
- Relación Tratamiento médico / Tratamiento quirúrgico.

b) Indicadores de calidad
- Número de consultas / paciente.
- Mejora en la calidad de vida con tratamiento médico.
- Mejora calidad vida con tratamiento quirúrgico
- Nº de tratamientos quirúrgicos evitados con los tratamientos médicos.

c) Evaluación y seguimiento:

- Trimestral: Evaluación del procedimiento, de los indicadores de actividad y calidad.
- Anual: Aportación de los datos estadísticos con los indicadores de actividad y calidad y presentación de los mismos en la sesión clínica del servicio

DURACIÓN
- Primer trimestre: Puesta en marcha de la consulta de endometriosis. Valoración y posible corrección de los indicadores de actividad y calidad.
- Segundo trimestre: Puesta en marcha de la unidad multidisciplinar. Obtención datos semestrales de los índices de actividad y calidad. Valorar posibles correcciones en el procedimiento de actuación.
- Finalizar el año: Presentación de datos, índices de actividad y calidad en la sesión clínica del servicio, en la comisión de calidad del servicio y comunicación final a la unidad de calidad 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 - 2019/0779

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA PADIN FABEIRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUTIERREZ CIA ISABEL
AGUERRI NECOCHEA MARIA CRUZ
MONSERRAT CANTERA MARIA ESTHER
SANCHEZ SERRANO LARA
VALENCIA BETRAN MARTA
HERRERO CASTILLO MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este año hemos realizado varias reuniones del grupo de trabajo y con representantes de la Asociación Disminuídos Físicos Aragon y Fundación Amanixer . Hemos puesto en común las bases y las necesidades para la creación de la consulta.
Se ha realizado el borrador de la agenda de la consulta y la encuesta de valoración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado la encuesta de valoración por parte de las pacientes. Se entregará al finalizar la consulta y servirá como indicador de calidad de la consulta así como el porcentaje de consultas realizadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La principal dificultad que hemos encontrado para poner en marcha la consulta para mujeres con movilidad reducida es la necesidad de recursos técnicos y de infraestructura, ya que se precisa un espacio amplio.
Utilizaremos los recursos técnicos disponibles en este momento para la puesta en marcha de la consulta . Está previsto iniciar la actividad dentro del primer semestre de 2020.

7. OBSERVACIONES.
La creación de la consulta de ginecología para mujeres con movilidad reducida en nuestro Sector, va a garantizar que estas mujeres no estén excluidas por su discapacidad de los programas de cribado de cáncer de cérvix, salud sexual y reproductiva.
Por ello solicitamos el seguimiento de este proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/779 ========== ***

Nº de registro: 0779

Título
ATENCION A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA

Autores:
PADIN FABEIRO MARTA, GUTIERREZ CIA ISABEL, PEREZ MUÑOZ ANA, MONSERRAT CANTERA MARIA ESTHER, SANCHEZ SERRANO LARA, VALENCIA BETRAN MARTA, HERRERO CASTILLO MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
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
Desde las asociaciones de mujeres con discapacidad y desde la sociedad se demanda la eliminación de barreras, que todas las personas tengan las mismas oportunidades y que estas no se vean limitadas por barreras físicas.En temas de salud la eliminación de barreras exige adaptar nuestros hospitales, consultas y al personal para poder realizar las mismas actividades con independencia de la discapacidad del paciente. En

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0779

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA

respuesta a esta demanda de la sociedad en varias Comunidades Autónomas se están abriendo consultas de ginecología para mujeres con movilidad reducida. Queremos que las mujeres de Zaragoza con movilidad reducida dispongan de este recurso y que no se sientan excluidas de los programas de cribado y salud sexual y reproductiva.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear una consulta de ginecología para proporcionar a las mujeres con movilidad reducida una atención basada en los principios de autonomía y justicia, dirigida a su salud sexual y reproductiva integral y que respete su capacidad de decidir respecto a la maternidad. Integración de estas pacientes en los programas de cribado, adaptándolos para superar las barreras de la discapacidad.

MÉTODO
Prestaciones ofertadas: las mismas que oferta el Salud a todas las mujeres: -Cribado para la prevención del cáncer de cuello uterino.-Asesoramiento anticonceptivo y reproductivo.-Consulta ginecológica en mujeres con patología.-Control gestacional.
Actividades preventivas:-Desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud.-Prevención de la violencia de género.-Proporcionar información a las pacientes desde los EAP/matronas de AP sobre sus posibilidades reproductivas.-Formación específica a los profesionales sobre atención a la discapacidad. Elaboración de material informativo: trípticos…Este proyecto va dirigido a mujeres con situación de movilidad reducida. Mujeres con discapacidad más del 33% y 7 o más puntos de movilidad reducida: Zaragoza capital: 1.261 y Zaragoza provincia: 465.

INDICADORES
Valoración con encuesta por parte del paciente.
Valoración del número de pacientes atendidas en la consulta a los 6 y 12 meses de la puesta en marcha.
Porcentaje de interconsulta virtual similar al resto de las pacientes.

DURACIÓN
Enero 2019- 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 - 2019/0055

1. TÍTULO

ELABORACION DE LAS ALTAS QUIRURGICAS POR LOS FACULTATIVOS DE LA SECCION DEOFTALMOLOGIA PEDIATRICA EN EL ANTE QUIROFANO

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA RAMIRO MILLAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REMON GARIJO LEON
PEREZ GARCIA DIANA
CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA
PEREZ NAVARRO ITZIAR
SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha llevado a cabo la incorporación del programa Hp doctor en el ordenador de la sala de estar de los quirófanos 18 y 19. En el mes de marzo, la secretaria de oftalmología, nos hizo una formación a los médicos del servicio de oftalmología pediátrica y, desde el mes de Abril se han hecho las altas correspondientes a las intervenciones quirúrgicas que no necesitan forzosamente ingreso, dando las altas de estos niños, en la sala de estar de los quirófano de oftalmología en el momento que están bajo supervisión de anestesia y, ahorrándonos la espera en la planta de pediatría. En la actualidad, seguimos realizando las altas de los pacientes que ingresan para sondajes lagrimales de esta forma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Hemos conseguido acortar el tiempo de estancia de los pacientes pediátricos que vienen a realizarse un sondaje lagrimal simple.
2.- No se han tenido que realizar correcciones de los informes de alta de estos pacientes.
3.- Se han dejado libres las camas del servicio de pediatría a mediodía, consiguiendo no masificar dicha planta. Los padres se van con toda la información en la mano desde el quirófano, sin necesidad de tener que estar esperando en la habitación mas tiempo del estrictamente necesario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Acortar los tiempos de ingreso de pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente.
- Dejar camas libres antes del mediodía.
- Evitar errores de transcripción en las altas.
- No contribuir a la masificación de la planta de pediatría con pacientes que pueden ser controlados por nosotros desde el quirófano.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/55 ========== ***

Nº de registro: 0055

Título
ELABORACION DE LAS ALTAS QUIRURGICAS POR LOS FACULTATIVOS DE LA SECCION DE OFTALMOLOGIA PEDIATRICA EN EL ANTE QUIROFANO

Autores:
RAMIRO MILLAN PATRICIA, REMON GARIJO LEON, PEREZ GARCIA DIANA, CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0055

1. TÍTULO

ELABORACION DE LAS ALTAS QUIRURGICAS POR LOS FACULTATIVOS DE LA SECCION DEOFTALMOLOGIA PEDIATRICA EN EL ANTE QUIROFANO

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

PROBLEMA
El programa Hp doctor, es una base de datos donde se recoge la actividad del paciente y a la que se añaden los informes adjuntos para que cualquier usuario los pueda consultar. Se usa en los hospitales desde hace años para la realización de altas médicas y/o quirúrgicas por parte de los distintos servicios que componen el hospital. El servicio de oftalmología consta de varias secretarias que, desde hace tiempo, son las encargadas de transcribir, en dicho programa, las altas que les damos preredactadas. Dado el aumento del volumen de cirugías que hemos sufrido en los últimos años, esta tarea alarga los tiempos de permanencia de los pacientes ingresados, ya que, en muchas ocasiones, deben esperar hasta el final de la mañana para poder ser dados de alta, debido a que debemos esperar a que las altas estén hechas y, nos obliga a subir a la propia planta del paciente para poder entregársela físicamente.

En el caso de la sección de oftalmología pediátrica, hemos cambiado el protocolo de ingreso de algunas intervenciones quirúrgicas, como son los sondajes lagrimales, con el fin de que esos pacientes puedan ser dados de alta a lo largo de la mañana, sin necesidad de ocupar una cama más tiempo que el estrictamente necesario.

RESULTADOS ESPERADOS
Planteamos la posibilidad de incorporar el programa Hp doctor al ordenador del cuarto de estar del personal sanitario del quirófano 18 y 19 para que cada cirujano pueda redactar el alta del paciente en un formato reglado y formal y así poder darla desde el quirófano, sin necesidad de dilatar el tiempo de estancia del paciente. En el caso de la sección de oftalmología pediátrica, podríamos redactar las altas de los pacientes que ingresan esa misma mañana, para llevar a cabo un sondaje lagrimal, sin necesidad de complicar la estancia del niño y sin sobrecargar de trabajo al personal de enfermería de la planta. A la hora de dar el alta administrativa, descargaríamos de trabajo a las secretarias, disminuiríamos los errores de transcripción, acortaríamos los tiempos de permanencia hospitalarios de los pacientes y dejaríamos camas libres antes del mediodía.

MÉTODO
Redactar los facultativos de la sección de oftalmologia pediátrica las altas quirúrgicas, en el antequirofano, de los pacientes a los que se les realiza un sondaje lagrimal simple, sin necesidad de que tengan que esperar toda la mañana en la planta de lactantes a que se les entregue la misma.

INDICADORES
- Cuantificar tiempo de permanencia hospitalaria de los pacientes de la sección de oftalmología pediátrica que van a ser sometidos a sondaje lagrimal simple.
- Valorar número de altas que han tenido que ser modificadas por errores tipográficos.
- Recoger horas de salida del hospital de los pacientes pediátricos ingresados para sondaje lagrimal simple.

DURACIÓN
Febrero: Formación en el programa Hp doctor
Marzo-Noviembre: Realización de altas por parte de los oftalmólogos de la sección de oftalmología pediátrica.
Noviembre: Revisión del tiempo de estancia (en horas) de los pacientes ingresados para la realización de un sondaje lagrimal. Revisión del número de altas hechas desde Marzo del 2019 y cuantificar las que tienen errores modificables.
Diciembre: Realizar estadística del tiempo de permanencia hospitalaria (medido en horas) en pacientes de oftalmología pediátrica que vayan a ser sometidos a un sondaje lagrimal simple, así como del porcentaje de camas que se quedan libres antes del mediodía.

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 - 2019/0097

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA LA INYECCIÓN DE AIRE O GAS EN CÁMARA ANTERIOR EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA MEMBRANA DE DESCEMET

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE ..... CONSTANZA CARAMELLO ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES
CASAS PASCUAL PAULA
LOPEZ RUIZ NURIA
BARTOLOME SESE ISABEL
BERNOILLES ALCALDE JULEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado un consentimiento informado para un tipo específico de procedimiento quirúrgico. Se ha utilizado en aquellos pacientes que debían de ser sometidos a la inyección de aire o gas en cámara anterior como tratamiento para el desprendimiento de la membrana de Descemet corneal. Se realizó una búsqueda bibliográfica de la eficacia de dicho procedimiento frente a otras actitudes terapéuticas y de sus posibles complicaciones postoperatorias. Los datos obtenidos se incluyeron en el consentimiento informado procurando que dicha información fuese clara y de fácil compresión para los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mejorado la compresión de la técnica quirúrgica y la necesidad de la realización de la misma por parte de los pacientes y de sus acompañantes a través de una consentimiento informado específico. De este modo se ha garantizado que el médico ha propuesto y ha explicado el procedimiento, tanto si el paciente accede a la intervención como si la rechaza.
Se ha mejorado la calidad asistencial al reducir tiempos de espera debido a la existencia de una consentimiento informado elaborado que permite no tener que redactarlo en cada futura intervención.
Se ha cuantificado en 2 los casos en los que ha sido utilizado dicho consentimiento desde junio de 2019 a diciembre 2019. Los pacientes han comunicado que a través del mismo han sido capaces de entender el procedimiento quirúrgico con sus riesgos y beneficios. Los dos pacientes accedieron a la intervención.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO LOZANO BLESA.
SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA.

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos.....Nombre.....Fecha de nacimiento.....NHC.....
Afiliación.....Sexo.....
Domicilio.....
Población.....Teléfono.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INYECCIÓN DE AIRE O GAS EN CÁMARA ANTERIOR (DESCEMETOPEXIA) EN DESPRENDIMIENTOS DE LA MEMBRANA DE DESCEMET.

Médico: ..... Fecha: .....

La Membrana de Descemet es la membrana basal de la capa endotelial corneal. La Membrana de Descemet y el endotelio corneal son fundamentales para conservar la transparencia corneal. Si existe una disfunción de en sus mecanismos se produce un edema en la córnea y una pérdida de la agudeza visual.

En el Desprendimientos de la Membrana de Descemet se produce una separación de la Membrana de Descemet y del endotelio del resto de capas corneales. Los Desprendimientos de la Membrana de Descemet se producen principalmente tras la cirugía de catarata o tras cirugía de trasplante de córnea.

Existen distintas medidas terapéuticas para su manejo: conservador, médico o quirúrgico. El manejo quirúrgico se reserva a aquellos casos en los que las medidas anteriores no son eficaces para su resolución.

Entre las opciones quirúrgicas se encuentran la reapliación de la Membrana de Descemet y del endotelio con aire o gas (Descemetopexia). Los estudios han concluido que la Descemetopexia es una opción segura y eficaz. La técnica consiste en la inyección de aire o gas en cámara anterior para empujar la Membrana de Descemet y el endotelio hacia la parte mas anterior del ojo y facilitar la adhesión con el resto de capas corneales. En algunos casos será necesario que el paciente permanezca durante cierto tiempo en posición decúbito supino para garantizar la refijación de los tejidos.

Las posibles complicaciones son la infección ocular, la hipertensión ocular, reacciones tóxicas o fallo del procedimiento quirúrgico. Los riesgos propios de la anestesia son : hemorragia retrobulbar, oclusión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0097

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA LA INYECCIÓN DE AIRE O GAS EN CÁMARA ANTERIOR EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA MEMBRANA DE DESCEMET

vascular, lesión del nervio óptico, perforación ocular, depresión cardio-respiratoria y reacción tóxico alérgica.

Es necesario llevar un tratamiento médico en el postoperatorio y realizar visitas a la consulta en el plazo que su médico considere oportuno.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado por el médico de los riesgos y complicaciones, explicados en este documento, relacionados con el procedimiento que se me va a realizar.

Estoy satisfecho/a con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes, me han aclarado todas las dudas planteadas y sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por ello doy mi consentimiento expreso para que se me realice dicha intervención.

Firma del paciente Firma del médico

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D/Da……..DNI .....
en calidad de....., es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión. He sido suficientemente informado/a de la intervención que se le va a realizar y otorgo expresamente mi consentimiento, que podré retirar en el momento que lo desee.

Firma del tutor o familiar Firma del médico

NO AUTORIZO/ REVOCO cualquier autorización plasmada en el presente impreso. Me han sido explicadas, entiendo y asumo las repercusiones que pudieran derivarse de esta decisión sobre la evolución del proceso.

Firma del paciente, tutor o representante legal

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración ha sido positiva con la posibilidad de la utilización de dicho consentimiento de una forma estandarizada en los casos en los que sea necesario. El proyecto es sostenible y aplicable a la práctica clínica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/97 ========== ***

Nº de registro: 0097

Título
ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECIFICO PARA LA INYECCION DE AIRE O GAS EN CAMARA ANTERIOR EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA MEMBRANA DE DESCEMET

Autores:
CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA, DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES, CASAS PASCUAL PAULA, LOPEZ RUIZ NURIA, BARTOLOME SESE ISABEL, BERNOILLES ALCALDE JULEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0097

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA LA INYECCIÓN DE AIRE O GAS EN CÁMARA ANTERIOR EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA MEMBRANA DE DESCEMET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El desprendimiento de la membrana de Descement (DMD) produce edema corneal y visión borrosa. Bernard Samuels lo describió en 1928. Scheie lo constató en 1964 como complicación tras cirugía de catarata. Con la introducción de la tomografía de coherencia óptica (OCT) de segmento anterior estos desprendimientos pueden ser diagnosticados de una manera más específica analizando las áreas patológicas de una forma más objetiva. Los DMD se producen principalmente tras la cirugía de catarata o tras cirugía de trasplante de endotelio corneal (DMEK o DSAEK), en las que muchas veces se necesita reforzar la adhesión del injerto endotelial al resto de capas corneales.
Aunque se han descrito casos de resolución espontánea, en la mayoría de pacientes es necesario promover la unión de las capas corneales. Para ello se inyecta en cámara anterior aire o gas (SF6 principalmente) y así se empuja el endotelio hacia una posición más anterior y se estimula su adhesión al resto de capas. Esta maniobra se realiza en quirófano y para ello sería conveniente que los facultativos dispusiéramos de un consentimiento informado específico de la técnica para poder informar de una forma más adecuada del objetivo y de los riesgos de la misma a nuestros pacientes.
Durante el 2018 en nuestro servicio se han registrado algunos casos de DMD tras cirugía de catarata y tras la técnica de trasplante endotelial con DMEK o DSAEK, en los que se ha tenido que recurrir a la realización de esta técnica quirúrgica. Incluso existe un caso de DMD tras una perforación corneal por un herpes. En estas situaciones se ha tenido que realizar un consentimiento informado de forma manual dado que no se dispone de uno redactado que recoja los riesgos y beneficios de forma sistemática de la maniobra.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la comunicación y la comprensión de la técnica quirúrgica por parte de los pacientes y de sus acompañantes a través del consentimiento informado específico de la técnica quirúrgica.
Garantizar que el médico ha propuesto y ha explicado a un paciente la técnica quirúrgica descrita, tanto si el paciente accede a la realización de la técnica como si la rechaza.
Mejorar la calidad asistencial al reducir tiempos de espera debido a la existencia de un consentimiento redactado que no necesita ser elaborado en cada caso de DMD

MÉTODO
Se elaborará el consentimiento informado por medio de una revisión bibliográfica extensa del tema para incluir en él los beneficios y los riesgos de la técnica quirúrgica.
Se realizará una reunión de los facultativos especialistas en polo anterior del servicio de oftalmología para constatar que dicho documento es acorde a la buena práctica clínica y que en él se resumen los fundamentos de la maniobra quirúrgica.
Se cuantificará el uso de dicho consentimiento informado para evaluar a final del período de que manera a facilitado la atención clínica de los pacientes.
Se pedirá a los pacientes que valoren en una escala de 0 a 10 si a través de la lectura de dicho consentimiento informado y junto con las explicaciones de su oftalmólogo han sido capaces de entender el procedimiento quirúrgico que se les iba a realizar, junto con sus riesgo y sus beneficios.

INDICADORES
Cuantificar el número de casos y consentimientos informados que han sido utilizados a lo largo del año.
Cuantificar los consentimientos informados en los que los pacientes han aceptado y han rechazado la técnica quirúrgica.
Cuantificar el tiempo que se reduce al tener el consentimiento informado preparado para entregárselo al paciente.

DURACIÓN
Calendario:
Febrero-Marzo 2019: realización de una búsqueda bibliográfica sobre el tema y elaboración del borrador del consentimiento
Marzo 2019: Reunión de los facultativos de polo anterior para que cada uno exprese su opinión en relación al mismo y cómo puede mejorarse para garantizar una mejor comunicación y comprensión del paciente.
Abril 2019: Comienzo de uso del nuevo consentimiento informado
Abril- Diciembre 2019: Cuantificación del número de consentimientos utilizados y valoración por parte de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0097

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA LA INYECCIÓN DE AIRE O GAS EN CÁMARA ANTERIOR EN CASOS DE DESPRENDIMIENTO DE LA MEMBRANA DE DESCEMET

pacientes del mismo y de la comprensión del procedimiento quirúrgico.

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 - 2019/0147

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LISTADO DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD QUIRURGICA (LVSQ) A LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA

Fecha de entrada: 24/12/2019

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE MINGUEZ MURO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA
SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO
BARTOLOME SESE ISABEL
DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entre los meses de Marzo y Julio de 2019, se mantuvieron un total de 5 reuniones entre los miembros del equipo de mejora. En la primera de ellas (Marzo 2019) se procedió a diseñar la estrategia del trabajo y en la segunda (Marzo 2019) a analizar el listado de verificación de la seguridad quirúrgica (LVSQ) existente, proponiendo los cambios en aquellos epígrafes que se considerara que no eran relevantes desde el punto de vista oftalmológico. Debido a la escasa bibliografía existente, el cronograma previamente previsto tuvo que retrasarse. Se decidió analizar cuáles eran las diferencias sustanciales de nuestra actividad en relación al resto de especialidades quirúrgicas y cuáles eran los mayores problemas de seguridad detectados. Fruto de esas reuniones, se alcanzaron las siguientes conclusiones:
1. Los procedimientos quirúrgicos oftalmológicos difieren sustancialmente de otras intervenciones sobre otros órganos y tejidos básicamente en tres aspectos:
-La escasa programación de anestesia general (menos del 10%)
-Las cirugías mayoritariamente son “limpias”. La única profilaxis antibiótica protocolizada, se utiliza cuando se implantan prótesis y siempre al final de la cirugía y por vía directa intraocular.
-La repercusión de los procedimientos sobre el estado general del paciente es mínima.
2. Al objeto de de conservar una unidad de actuación entre aquellos profesionales que no siempre están ubicados en los quirófanos de oftalmología, se decide realizar algunas modificaciones en el texto del LVSQ, pero limitándolo a lo más específico e imprescindible.
3. Los mayores problemas para la seguridad quirúrgica de los pacientes dentro de nuestra especialidad se concentran en los siguientes ítem.
-Confusiones sobre la lateralidad del órgano a intervenir. La población sobre la que se actúa en oftalmología suele ser de edad avanzada, no es infrecuente que recuerden mal la información trasmitida. En muchas ocasiones la patología es bilateral, el paciente puede percibir como más afectado, no necesariamente el ojo sobre el que hay que priorizar la cirugía.
Habitualmente la mayor parte de las cirugias oculares precisan preparación previa, por lo que los ojos llega cubiertos y de alguna manera “marcados” a quirófano. Sin embargo algunas cirugías (párpados, visa lagrimales…) no precisan preparación previa, con la finalidad de aumentar la seguridad del paciente se proporcionaran instrucciones para que todos los pacientes que vayan a ser intervenidos tanto en la unidad de cirugía ambulatoria, como de hospitalización e independientemente del tipo de cirugía que requieran se les ocluya el ojo como medida adicional de seguridad. Cuando se trate de cirugía sin ingreso esta maniobra será realizada por le personal de enfermería en la recepción en quirófano.
-Sorpresa refractiva. La cirugía de catarata, persigue no sólo mejorar la agudeza visual de los pacientes sino también corregir, en lo posible, los defectos refractivos pre existentes. Con este propósito se implantan lentes intraoculares de diferentes potencias dióptricas, previamente calculadas, siendo esta una causa no infrecuente de errores.
Por otra parte, la extracción de la catarata es uno de los procedimientos quirúrgicos más habituales tanto en oftalmología (80% en nuestro caso) como en la casuística de un hospital general.
No parece oportuno crear un LSVQ específico para la extracción de cataratas, pero si que parece necesario que se incluya este apartado a completar por el cirujano, en la entrada del paciente a quirófano.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se dicide mantener el formato actual de LVSQ realizando unicamente los siguientes modificaciones en su contenido
Respecto al título: Incluir el sustantivo "Oftalmología" como elemento diferenciador del resto de listados.
En el epígrafe primero: “Antes de la administración de la anestesia”.
Incluir también al cirujano, en el grupo de profesionales que deben intervenir, con la observación entre paréntesis “Si se va a implantar lente intraocular”.
En el apartado segundo se modifica “Lugar del cuerpo marcado / no procede” por “marcado del lado a intervenir”
En el apartado séptimo se prescinde de: “Riesgo de hemorragia, reserva de sangre / No procede”.
En el apartado octavo se retira “¿Se ha comprobado la profilaxis antibiótica según protocolo?” esta referencia pasa al epígrafe tercero. En su lugar se incluye : ¿Se ha comprobado si la biometría utiliza la fórmula de cálculo adecuada?. La potencia de la LIO es congruente con la longitud axial?
El epígrafe segundo: “Antes de la incisión de la piel” no sufre ningún cambio
En el epígrafe tercero: “Antes de la salida del paciente de quirófano” se incluye un cuarto apartado “El cirujano confirma que se ha administrado la profilaxis antibiótica según protocolo”.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0147

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LISTADO DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD QUIRURGICA (LVSQ) A LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El LVSQ ha demostrado ser una herramienta muy útil para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables. El listado de epígrafes que deben revisarse, incluyen una serie de ítems generales que resultan adecuados para cualquier tipo de procedimiento quirúrgico: Identificación del paciente, localización del sitio a tratar, existencia de consentimientos etc. mientras que otros están pensados para cirugías de cierta envergadura (previsión de riesgo de hemorragias, riesgo anestésico etc).
En oftalmología más del 95% de las intervenciones se realizan bajo anestesia local y la posibilidad de que existan repercusiones sistémicas debidas a la intervención son excepcionales.
Pensamos que es recomendable, realizar modificaciones en el actual modelo de LVSQ, para adecuarlo a la cirugía ocular, lo que sin duda lo hará mas atractivo para los profesionales que deben realizarlo, sin que esto suponga una ampliación en el número de epígrafes a verificar, ni implique un mayor riesgo para la seguridad del paciente.

7. OBSERVACIONES.
Los cambios propuestos estas pendientes de aprobación por parte del a Comisión de Historias Clínicas de nuestro centro

*** ========== Resumen del proyecto 2019/147 ========== ***

Nº de registro: 0147

Título
ADAPTACION DE LISTADO DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD QUIRURGICA (LVSQ) A LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA

Autores:
MINGUEZ MURO ENRIQUE, CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA, SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO, BARTOLOME SESE ISABEL, BUEY SAYAS MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El LVSQ ha demostrado ser una herramienta muy útil para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables. El listado de epígrafes que deben revisarse, incluyen una serie de ítems generales que resultan adecuados para cualquier tipo de procedimiento quirúrgico: Identificación del paciente, localización del sitio a tratar, existencia de consentimientos etc. mientras que otros están pensados para cirugías de cierta envergadura (previsión de riesgo de hemorragias, riesgo anestésico etc). En oftalmología más del 95% de las intervenciones se realizan bajo anestesia local y la posibilidad de que existan repercusiones sistémicas debidas a la intervención son excepcionales.

RESULTADOS ESPERADOS
Modificar el texto actual del LVSQ utilizado en el Hospital Clínico Lozano Blesa, para adecuarlo a las características especiales que se dan en la cirugía ocular, haciéndolo más atractivo para el profesional y aumentando la seguridad para el paciente, al consignar riesgos específicos de este tipo de cirugía.

MÉTODO
-Análisis del actual documento de verificación para detectar aquellos epígrafes que pudieran ser sustituidos sin afectar a la seguridad del paciente. Todos los miembros del equipo.
-Evaluación de las causas más habituales de efectos adversos evitables en cirugía ocular. Todos los miembros del equipo.
-Redacción de nuevos ítem específicos para cirugía ocular. Todos los miembros del equipo.

INDICADORES
Documento consensuado y aprobado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0147

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LISTADO DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD QUIRURGICA (LVSQ) A LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA

Revisión aleatoria de historias clínicas de pacientes intervenidos

DURACIÓN
Marzo-Abril 2019: Evaluación del actual documento de verificación, para determinar los epígrafes que puedan ser sustituidos.
Mayo-Junio 2019: Redacción de nuevos epígrafes específicos para cirugía ocular
Julio 2019. Remisión del documento para su aprobación.
Setiembre-Octubre de 2019. Implantación del nuevo documento de verificación.
Noviembre 2019. Análisis 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 - 2019/0314

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LISTAS DE ESPERA QUIRURGICAS DE CIRUGIA DE CATARATA EN C. S. A. R. CINCO VILLAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO SANCHEZ MARIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ NAVARRO ITZIAR
IBAÑEZ ALPERTE JUAN
PEREZ GARCIA DIANA
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se realiza un protocolo especifico de canalización, basado en la experiencia en otros centros hospitalarios.
- Se realiza una reunión con la dirección y el personal de enfermería del centro sanitario de alta resolución (C. S. A. R.) de las Cinco Villas para la propuesta y puesta en marcha de nuestro proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La falta de anestesistas en el sector III obligó a suspender la actividad quirúrgica en el centro de especialidades C. S. A. R. de las Cinco Villas durante casi 1 año por lo que la lista de espera quirúrgica aumentó considerablemente y por tanto no se pudo proponer el proyecto y protocolo al servicio de anestesia para de mejora de asistencia de pacientes subsidiarios a cirugía de catarata.
En Mayo del 2019 con la nueva contratación de anestesistas ajenos al sector III se reanudó la actividad quirúrgica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No podemos concluir, pero en la reunión se puso de manifiesto el interés por parte de los Oftalmólogos y dirección del centro del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/314 ========== ***

Nº de registro: 0314

Título
MEJORA EN LA GESTION DE LISTAS DE ESPERA QUIRURGICAS DE CIRUGIA DE CATARATA EN C. S. A. R. CINCO VILLAS

Autores:
SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO, PEREZ NAVARRO ITZIAR, IBAÑEZ ALPERTE JUAN, PEREZ GARCIA DIANA, ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La catarata se trata de una enfermedad causada por la perdida de transparencia del cristalino asociada, en la mayoría de los casos, a la edad. Debido al envejecimiento poblacional, esta patología se ha convertido en una de las cirugías más realizadas en nuestro ámbito y que, por tanto, requiere una protocolo de actuación específico para las listas de espera quirúrgicas.

En la actualidad, a los paciente se les realiza una consulta oftalmológica preoperatoria en la que se lleva a cabo una valoración exhaustiva de su patología y son incluidos en lista de espera. Posteriormente, tienen que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0314

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LISTAS DE ESPERA QUIRURGICAS DE CIRUGIA DE CATARATA EN C. S. A. R. CINCO VILLAS

acudir a una consulta de valoración anestésica previa a la cirugía.
El paciente queda a la espera de la cirugía sin saber una fecha concreta para la intervención.

Durante el último año se ha detectado una excesiva demora para la consulta oftalmológica preoperatoria en el centro sanitario de alta resolución (C.S.A.R.) de las Cinco Villas por lo que nuestra propuesta de mejora consiste en disminuir al máximo el tiempo de espera quirúrgico, pudiendo asignar al paciente el mismo día de la consulta la fecha de la cirugía. Para ello, es necesaria una colaboración estrecha entre los Servicios de Anestesia y Oftalmología.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir el tiempo de espera quirúrgico en la cirugía de cataratas en el C. S. A. R. Cinco Villas y mantener informado al paciente acerca de los plazos de la intervención.

MÉTODO
Establecer un protocolo especifico de canalización, basado en la experiencia de otros centros hospitalarios y proponer este circuito al Servicio de Anestesia.

INDICADORES
Evaluación trimestral del tiempo de espera quirúrgico, desde el momento que se apruebe el protocolo.

DURACIÓN
Fecha de inicio del proyecto: Enero de 2019 (Comunicación trimestral del tiempo de espera quirúrgico en días)
Fecha de final del proyecto: 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 - 2019/0315

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE TECNICA MICROINVASIVA (IMPLANTE XEN) PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ITZIAR PEREZ NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ ALPERTE JUAN
SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO
MARTINEZ MORALES JUANA
PEREZ GARCIA DIANA
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER
CHACON VALLES MANOLO
BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Realización de 1 sesión clínica de actualización de conocimientos sobre el dispositivo drenaje XEN
Tutorización de 2 sesiones quirúrgicas con personal entrenado.
- Selección de pacientes tributarios de esta técnica de acuerdo a los criterios de inclusión. Un total de 36 pacientes con glaucoma fueron seleccionados en este último año para colocar dispositivo XEN, de ellos 21 pacientes (60%), con diagnóstico de GPAA (glaucoma primario ángulo abierto), 14 pacientes con glaucoma pseudoexfoliativo (37%), y 1 pacientes con cirugía glaucoma previa fracasada de trabeculectomía (3,6%). De las 36 cirugías, 28 (77,77%) fueron cirugías combinadas de catarata y glaucoma realizándose en un mismo acto quirúrgico facoemulsificación con implante de dispositivo XEN. La edad media fue de 68 años con edades comprendidas entre los 55 y 85 años, 20 mujeres (55,55%) y 16 hombres (44,44%).
- Revisiones en las consultas especializadas de glaucoma en el postoperatorio inmediato, a la semana, mes, 3 meses, 6 meses posteriores a la cirugía; se les revisó la agudeza visual, presión intraocular y grado de calidad y satisfacción con la técnica quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han estudiado 36 ojos de 36 pacientes con glaucoma con un seguimiento de 6 meses.
La presión intraocular (PIO) media preoperatoria fue de 19,46 mmhg (12- 28) y la PIO media a los 6 meses de la cirugía fue de 14,83 mmhg (10- 24). Se redujo la PIO respecto a valores basales tras la cirugía en la mayoría de los casos, se observa una reducción del 36% de la PIO preoperatoria. De los 36 casos 1 de ellos requirió cirugía posterior convencional con trabeculectomia y 10 de ellos precisaron de la realización de un needling para garantizar la viabilidad del implante.
La media de colirios preoperatorios y en el seguimiento empleados fueron de 2,5 y 0,9 respectivamente, por lo que se observa una reducción del 64% del número previo de colirios para controlar PIO.

A todos los pacientes se les realizaron el cuestionario de salud SF-36 y el cuestionario para la medición de la calidad de vida relativa a la visión VFQ-25 previamente y a los 6 meses después de la cirugía. El resultado general obtenido ha sido bueno, los pacientes presentaron una respuesta favorable a la intervención. Se observó una mejoría con las actividades cotidianas, como la lectura y las quejas como ardor o prurito en los ojos eran significativamente menores tras la cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El implante XEN es una alternativa mínimamente invasiva al tratamiento quirúrgico convencional (trabeculectomia) para bajar la presión intraocular, su implantación es sencilla y rápida ademas al ser una cirugia poco invasiva reduce y mejora la recuperación del paciente.
En comparación con otros procedimientos convencionales el XEN se asocia con menos deterioro de la calidad de vida y mayor satisfacción del paciente después de la cirugía.
Los resultados son prometedores a corto plazo, pero sin embargo hemos notado que existe un porcentaje no deseado que ha requerido la realización de un needling con mitomicina C posterior para garantizar la viabilidad del dispositivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/315 ========== ***

Nº de registro: 0315

Título
IMPLANTACION DE TECNICA MICROINVASIVA (IMPLANTE XEN) PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0315

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE TECNICA MICROINVASIVA (IMPLANTE XEN) PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

Autores:
PEREZ NAVARRO ITZIAR, IBAÑEZ ALPERTE JUAN, SANCHEZ MARIN JOSE IGNACIO, MARTINEZ MORALES JUANA, PEREZ GARCIA DIANA, ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER, CHACON VALLES MANOLO, BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El glaucoma es una enfermedad que afecta al nervio óptico, se produce por un incremento de la presión intraocular, provocado a su vez por una obstrucción en la salida del humor acuoso del ojo. Constituye la principal causa de ceguera irreversible a nivel mundial.

Cada vez hay más pacientes con glaucoma que requieren tratamiento crónico con gotas o que por su condición de glaucoma refractario necesiten un procedimiento quirúrgico.

En la actualidad existe una alternativa mínimamente invasiva al tratamiento quirúrgico convencional, es la colocación de un dispositivo de drenaje (ab interno) que crea una nueva vía de flujo de salida del humor acuoso: son los procedimientos MIGS (Minimally invasive glaucoma surgery) que permiten controlar la presión intraocular, y por tanto el glaucoma. Su implantación se realiza a través de una cirugía mínimamente invasiva, lo que acorta y simplifica la intervención, reduce y mejora la recuperación del paciente, disminuye las complicaciones y aumenta la seguridad de la intervención. Ademas su implantación puede ser una opción para aquellos paciente con problemas de superficie ocular a causa del tratamiento tópico con colirios antiglaucomatosos.

RESULTADOS ESPERADOS
Evaluar la eficacia de un procedimiento MIGS tipo XEN en términos de reducción de presión intraocular (PIO) y de reducción de tratamiento hipotensor tópico a los 6 meses de seguimiento en pacientes con glaucoma.

Valorar sí existe una mejora de la calidad vida en aquellos pacientes con glaucoma que se les realice cirugía de implante de dispositivo XEN.

MÉTODO
Seleccionaremos a los pacientes tributarios de esta técnica.

Los pacientes que sean sometidos a la implantación quirúrgica de XEN, serán revisados en las consultas especializadas de glaucoma en el postoperatorio inmediato a la semana, mes, 3 meses y 6 meses posteriores a la cirugía.

Se realizara un análisis en conjunto de todos los pacientes intervenidos con esta técnica para analizar el grado de efectividad y compararla con las técnicas quirúrgicas convencionales.

No es necesario material quirúrgico adicional ni nuevo personal, ya que los miembros de la sección de glaucoma esta ya formados para la realización de esta nueva técnica.

INDICADORES
- Determinación de la presión intraocular y evaluación oftalmológica general en cada una de las revisiones.
- Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal
- Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO.
- Encuestas de satisfacción y mejora de calidad de vida tras el procedimiento microinvasivo.

DURACIÓN
Inicio del proyecto: Enero de 2019 (Comunicación semestral del número de pacientes incluidos para esta técnica)
Fin del proyecto con valoración de los indicadores descritos: Enero de 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0315

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE TECNICA MICROINVASIVA (IMPLANTE XEN) PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0391

1. TÍTULO

PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTE ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... IRENE TORRES RAMON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANJOAQUIN CONDE ISABEL
DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO
BELTRAN ROSEL ANTONIO
BUESO INGLAN PILAR
CORRAL SUBIAS MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dentro del apartado de actividades realizadas, la puesta en marcha del proyecto de mejora de calidad asistencial se planificó en dos fases.
La primera fase consistía en la elaboración de un procedimiento diagnóstico-terapéutico (MATERIAL ELABORADO PARA DESARROLLAR EL PROYECTO) de la neutropenia febril en el paciente con neoplasia sólida en base a las recomendaciones de las sociedades científicas de Oncología Médica y de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, aplicado a las condiciones de nuestro centro.
El procedimiento elaborado consta de diferentes apartados: Definición, manejo inicial, estratificación del riesgo, elección de la antibioterapia empírica, seguimiento del paciente y ajuste terapéutico.
En cada uno de los apartados se especifican las actividades a realizar por cada uno de los miembros del equipo de cara a la identificación del cuadro clínico y el manejo en base a las recomendaciones de las sociedades científicas.
El procedimiento fue elaborado en el tiempo previsto.
Tras la elaboración del procedimiento, se procedió a la segunda fase, o de implementación.
Desde el mes de junio de 2019 se procedió a la identificación desde el servicio de urgencias de pacientes oncológicos que cumplieran con los criterios diagnósticos de neutropenia febril, y posterior manejo en base al procedimiento elaborado.
Esta actividad fue llevada a cabo hasta noviembre de 2019 (un total de 6 meses de seguimiento).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el inicio del análisis, y a lo largo de los 6 meses de seguimiento, únicamente se identificó una paciente que cumpliera los criterios que se tomaron de neutropenia febril (temperatura superior a 38º C o signos de sepsis y recuento de neutrófilos inferior a 500/ mm3)
Indicadores:
Porcentaje de pacientes evaluados mediante las escalas qSOFA, MASCC y CISNE (esta última si procede): 100%. Dado que la paciente presentaba al ingreso en urgencias criterios de sepsis, no fue necesaria la evaluación mediante la escala CISNE.
Porcentaje de pacientes que pueden ser dados de alta desde el Servicio de Urgencias: 0%
Tiempo desde la evaluación clínica inicial y administración del tratamiento antibiótico empírico de espectro adecuado según la clasificación del riesgo estimado: 30 minutos (aprox), debido a que la paciente fue inmediatamente evaluada por criterio clínico de gravedad (sepsis en paciente inmunodeprimida).
Evaluación de resultados al cabo de 6 meses: No se encontraron más casos con los criterios definidos para la evaluación en el periodo de tiempo de análisis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusiones o lecciones aprendidas planteamos:
1) Es factible la implementación de un procedimiento de manejo de la neutropenia febril desde el servicio de urgencias y en colaboración con varios servicios.
2) Se restringió el análisis a los pacientes con recuento de neutrófilos inferior a 500/ mm3, por ser más sencilla la detección sin tener en cuenta el tiempo de administración desde la última administración de citostáticos. Con este criterio, únicamente se identificó un caso. Para un futuro deberían tenerse en cuenta a todos los pacientes en riesgo.
3) El periodo de análisis, de junio a noviembre, no suele ser el de mayor incidencia de complicaciones infecciosas.
4) El uso cada vez mayor de terapias dirigidas o inmunoterapia en los pacientes con neoplasias de órgano sólido condiciona una menor detección de casos de complicaciones hematológicas grado 4, como la neutropenia febril, toxicidad generalmente asociada con el uso de quimioterapia.
Consideramos que podríamos seguir aplicando este procedimiento de actuación ante la neutropenia febril a lo largo del año, incluyendo los periodos de mayor incidencia de infecciones y ampliando la detección de casos a los pacientes con un recuento inferior a 1000 neutrófilos/ mm3 pre-nadir. En el único caso detectado, la pronta actuación desde el servicio de urgencias y el ajuste de antibioterapia adecuado permitió una evolución clínica favorable y estancia hospitalaria inferior a 10 días, a pesar de los datos de gravedad al ingreso.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0391

1. TÍTULO

PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTE ONCOLOGICO

*** ========== Resumen del proyecto 2019/391 ========== ***

Nº de registro: 0391

Título
PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTE ONCOLOGICO

Autores:
TORRES RAMON IRENE, SANJOAQUIN CONDE ISABEL, DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO, BELTRAN ROSEL ANTONIO, BUESO INGLAN PILAR, CORRAL SUBIAS MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: RACIONALLIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS

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

PROBLEMA
Las infecciones son, conjuntamente con las complicaciones tromboembólicas, la segunda causa de muerte en los pacientes con cáncer.
Los pacientes en tratamiento con quimioterapia están expuestos a un mayor riesgo de padecer infecciones: reactivación de infecciones latentes o infecciones nosocomiales (hospitalizaciones, uso de catéteres venosos o urinarios, otros dispositivos o manipulaciones a las que son sometidos).
De entre todas las complicaciones infecciosas que pueden padecer, es de especial interés la neutropenia febril, definida como la aparición de fiebre (temperatura > 38ºC en un periodo superior a una hora) o signos clínicos de sepsis en un paciente con un recuento absoluto de neutrófilos < 500/ mm3 o < 1000/ mm3 pre-nadir.
La incidencia de la neutropenia febril es variable (2-50%), y depende de los factores de riesgo individuales de cada paciente, del tipo de neoplasia y del tipo de tratamiento. La mayoría de los pacientes con neoplasia sólida en tratamiento con quimioterapia experimentan episodios de gravedad leve o moderada; sin embargo, las tasas de complicaciones serias (25-30%) y de mortalidad (9-12%) son elevadas en los pacientes de riesgo alto, pudiendo alcanzar tasas de mortalidad de hasta el 50% en el caso de las sepsis graves o shock séptico.
El tratamiento antibiótico empírico debe aplicarse de forma precoz, tras la anamnesis y extracción de muestras para cultivo, debido a que una demora en la administración del mismo puede comprometer el pronóstico del paciente.

Se han desarrollado diferentes escalas validadas que pretenden discriminar el grado de gravedad del episodio de neutropenia febril. La escala Quick-SOFA (qSOFA), diseñada no sólo para pacientes con neutropenia febril, permite identificar los pacientes que están desarrollando una sepsis. Con la escala MASCC podemos evaluar la gravedad de la neutropenia febril. Por último, con la escala CISNE se puede predecir el riesgo de complicaciones mayores en aquellos pacientes que presentan una situación clínica aparentemente estable.
El objetivo de la evaluación de la infección en estos pacientes es predecir el riesgo de complicaciones graves y, por lo tanto, la necesidad de ingreso hospitalario y tratamiento parenteral. De forma paralela, la detección de los casos de riesgo bajo de complicaciones pretende reducir el sobretratamiento de los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS
Diagnóstico precoz de los episodios de neutropenia febril en pacientes con neoplasias sólidas en tratamiento con quimioterapia que acuden a urgencias e identificar el grado de gravedad.
Aplicar un tratamiento antibiótico precoz, de espectro más o menos amplio en función de su gravedad.
Plantear altas hospitalarias desde el servicio de Urgencias, con cobertura antibiótica oral, en los casos detectados de riesgo bajo.
Evitar el tratamiento antibiótico de amplio espectro prolongado de forma innecesaria en los pacientes que requieren hospitalización.

MÉTODO
1ª fase:
Realización de un procedimiento diagnóstico-terapéutico de la neutropenia febril en el paciente con neoplasia sólida en base a las recomendaciones de las sociedades científicas de Oncología Médica y de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, aplicado a las condiciones de nuestro centro.
2ª fase, de implementación, con diferentes actividades para cada uno de los servicios.
Servicio de Urgencias:
Evaluación inicial precoz del paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0391

1. TÍTULO

PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTE ONCOLOGICO

Estratificación del riesgo en función de escala de sepsis (qSOFA) y, en ausencia de datos clínicos de gravedad, escala MASCC.
Administración de tratamiento antibiótico empírico en un plazo inferior a una hora.
Servicio de Oncología Médica:
Reevaluación de la gravedad del paciente en función de la neoplasia y del tipo de tratamiento.
Estratificación del riesgo en pacientes aparentemente estables mediante la escala CISNE.
Decisión del destino del paciente (ingreso/ alta).
Servicio de Medicina Interna – Sección de Enfermedades Infecciosas:
Asegurar la adecuación del tratamiento antibiótico según aislamiento microbiológico y en función de la situación clínica.
Servicio de Microbiología:
Comunicar los resultados microbiológicos a los servicios implicados en el tratamiento (Oncología Médica, Infecciosas)

INDICADORES
Porcentaje de pacientes evaluados mediante las escalas qSOFA, MASCC y CISNE (esta última si procede).
Porcentaje de pacientes que pueden ser dados de alta desde el Servicio de Urgencias.
Tiempo desde la evaluación clínica inicial y administración del tratamiento antibiótico empírico de espectro adecuado según la clasificación del riesgo estimado.
Evaluación de resultados al cabo de 6 meses.

DURACIÓN
Elaboración del protocolo diagnóstico – terapéutico y distribución de las actividades a llevar a cabo por el equipo. Abril y mayo de 2019.
Inicio en junio.2019 y desarrollo a lo largo del 2019, por un periodo 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 - 2019/0428

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTESONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... GERMAN VALTUEÑA PEYDRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORRAL DELGADO SARA
CAMPOS BONEL ARANTXA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se acude con regularidad a los comités de tumores: Digestivos, Urológicos; Mama; Ginecológicos
Se han valorado un total de 235 pacientes en primera visita
Se ha establecido una consulta de revisión para pacientes tratados con radioterapia procedentes del sector sanitario de Huesca, que se realiza los Lunes y los Martes de cada semana
Se ahan realizado tratamiento con Radioterapia Intraoperatoria, que se decide su indicación en el comité de Tumores de mama

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de pacientes remitidos a la consulta de oncología radioterápica del HSJ/Nº de pacientes subsidiarios deradioterapia en HSJ: > 90%
Nº de pacientes devueltos tras finalización de radioterapia para seguimiento en HSJ/Nº total de pacientestratados en UCMORA: > 100%
La fuente y metodo de obtención ha sido una base de datos elaborada por los Facultativos que han acudido a dicha consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación de una consulta de oncología Radioterápica en el HSJ de Huesca ha sido muy bien recibida por parte de todos los comités. Los pacientes agradecen el esfuerzo realizado por los profesionales y las autoridades competentes en facilitar dicha implementación

7. OBSERVACIONES.
Se ha cambiado al responsable del proyecto, ya que la persona asignada en un principio (Dra. SAra Corral Delgado) no ha continuado su labor asistencial en el SALUD. El dr. Valtueña es el encargado de gestionar la consulta de Oncología RAdioterápica en el Hospital San Jorge de Huesca

*** ========== Resumen del proyecto 2019/428 ========== ***

Nº de registro: 0428

Título
ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

Autores:
CORRAL DELGADO SARA, VALTUEÑA PEYDRO GERMAN, CAMPOS BONEL ARANTXA, MILLASTRE BOCOS ESTHER, CARRUESCO CRESPO IRENE, LASHERAS OLIVER SUSANA, SOPEÑA SANZ LUIS, MUÑOZ SAENZ ENCARNA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Actualmente, la Comunidad de Aragón dispone de un único servicio de Oncología Radioterápica 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 Huesca hasta Zaragoza para realizar una valoración

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0428

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTESONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

de la indicación del tratamiento radioterápico, planificación del tratamiento radioterápico, administración del mismo que suele ser diario y con una duración que puede oscilar entre una sesión única 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 Oncología Radioterápica (OR) a los pacientes del HSJ. El facultativo se integra en los comités de tumores, para realizar una correcta indicación de tratamiento radioterápico, en el contexto multidisciplinar y mediante la comunicación directa y personal, permitiendo incluso, realizar la valoración de pacientes ingresados en el Hospital San Jorge.
La ventaja de realizar la valoración del paciente por un facultativo de OR 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.
A su vez este acercamiento evita el traslado de los pacientes a Zaragoza para sucesivas revisiones.

MÉTODO
Dos facultativos de la UCMORA se desplazarán semanalmente, por el momento, lunes y martes, hasta el HSJ en horario de 8:00 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. Actualmente se está acudiendo a los subcomités de tumores de mama y ginecología los lunes, próstata y tumores digestivo los martes.
2. Valoración de pacientes como primera visita.
El servicio de OR, recepcionará todas las solicitudes de tratamiento de radioterapia tanto de su propia especialidad como de las del resto del hospital para ser citados en función de la preferencia por Oncología Médica (OM) y consensuado con OR.
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 OR, comunicando la decisión adoptada.
Se registrará la historia clínica de primer día en el sistema de Historia Clínica Electrónica de manera que sea accesible para todos los especialistas desde cualquier sede hospitalaria y desde atención primaria.
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, en mayúscula la inicial de la población del hospital y nº de paciente, por ejemplo: 19A /001.
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, Estadificación, Indicación de RT y Centro de derivación.
3. Seguimiento del paciente conjuntamente con OM o los servicios responsables del paciente.
Los pacientes tratados en sedes de UCMORA se citarán para seguimiento en consulta de OR del HSJ según el protocolo establecido en cada una de las patologías y se les hará entrega del informe de fin de tratamiento radioterápico.

INDICADORES
La previsión es realizar la valoración de aproximadamente 200 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 HSJ.

Se utilizarán los siguientes indicadores que serán evaluados semestralmente:
1- Nº de pacientes remitidos a la consulta de oncología radioterápica del HSJ/Nº de pacientes subsidiarios de radioterapia en HSJ
El objetivo es que el 90% de los pacientes sean valorados en consulta de oncología radioterápica.
2- Nº de pacientes devueltos tras finalización de radioterapia para seguimiento en HSJ/Nº total de pacientes tratados en UCMORA.
El objetivo es que el 90% continúen su seguimiento en consulta d eOncología radioterápica.

DURACIÓN
El proyecto va realizarse durante el año 2019. Está previsto realizar la valoración semanal todos los lunes y martes del año que sean laborables.

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 - 2019/0428

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTESONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0450

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTESONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (HB)

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... GERMAN VALTUEÑA PEYDRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha acudido al comité de tumores mamarios cuando se nos ha requerido. Se ha acudido ha realizar la técnica de Radioterapia Intraoperatoria en 2 Pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha alcanzado el standar propuesto, ya que no se ha podido acudir a realizar las consultas de seguimiento en pacientes que han recibido tratamiento con radioterapi, ni se han podido realizar las consultas de primer dia para realizar las derivaciones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valorar acudir ha realizar consulta de revisiones cuando se cuente con el personal necesario

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/450 ========== ***

Nº de registro: 0450

Título
ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (HB)

Autores:
VALTUEÑA PEYDRO GERMAN, CORRAL DELGADO SARA, IBAÑEZ CARRERAS REYES, SOPEÑA SANZ LUIS, PEREZ CASADO BEATRIZ, SANTALIESTRA SALLAN MONICA, POLA VIGATA LORETO, PEREZ MALUENDA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
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
Actualmente, la Comunidad de Aragón dispone de un único servicio de Oncología Radioterápica 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 Huesca hasta Zaragoza para realizar una valoración de la indicación del tratamiento radioterápico, planificación del tratamiento radioterápico, administración del mismo que suele ser diario y con una duración que puede oscilar entre una sesión única 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 Oncología Radioterápica (OR) a los pacientes del Hospital de Barbastro. El facultativo se integrará en los comités de tumores, para realizar una correcta indicación de tratamiento radioterápico, en el contexto multidisciplinar y mediante la comunicación directa y personal, permitiendo incluso, realizar la valoración de pacientes ingresados en el HB.
La ventaja de realizar la valoración del paciente por un facultativo de OR es poder ofrecer el mejor y más

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0450

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTESONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (HB)

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.
A su vez este acercamiento evita el traslado de los pacientes a Zaragoza para sucesivas revisiones

MÉTODO
Dos facultativos de la UCMORA se desplazarán semanalmente, por el momento, lunes o martes, hasta el HB en horario de 8:00 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. Actualmente se está acudiendo a los subcomités de tumores de mama y ginecología los lunes, próstata y tumores digestivo los martes.
2. Valoración de pacientes como primera visita.
El servicio de OR, recepcionará todas las solicitudes de tratamiento de radioterapia tanto de su propia especialidad como de las del resto del hospital para ser citados en función de la preferencia por Oncología Médica (OM) y consensuado con OR.
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 OR, comunicando la decisión adoptada.
Se registrará la historia clínica de primer día en el sistema de Historia Clínica Electrónica de manera que sea accesible para todos los especialistas desde cualquier sede hospitalaria y desde atención primaria.
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, en mayúscula la inicial de la población del hospital y nº de paciente, por ejemplo: 19A /001.
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, Estadificación, Indicación de RT y Centro de derivación.
3. Seguimiento del paciente conjuntamente con OM o los servicios responsables del paciente.
Los pacientes tratados en sedes de UCMORA se citarán para seguimiento en consulta de OR del HSJ según el protocolo establecido en cada una de las patologías y se les hará entrega del informe de fin de tratamiento radioterápico.

INDICADORES
La previsión es realizar la valoración de aproximadamente 100 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 Hospital San Jorge.
Los indicadores que se utilizarán son:
1- Nº de pacientes remitidos a la consulta de oncología radioterápica del HB/Nº de pacientes subsidiarios de radioterapia en HB
El objetivo es que el 90% de los pacientes sean valorados en consulta de oncología radioterápica.
2- Nº de pacientes devueltos tras finalización de radioterapia para seguimiento en HB/Nº total de pacientes tratados en UCMORA.
El objetivo es que el 90% continúen su seguimiento en consulta de OR.
Los indicadores se evaluarán semestralmente.

DURACIÓN
El proyecto va realizarse durante el año 2019. Está previsto realizar la valoración semanal alternando la consulta los días lunes y martes del año que sean laborables.

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 - 2019/0242

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DEBUT DIABETICO Y ENFERMEDADES INTERCURRENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANGELA MARINA ASCASO MATAMALA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENTE CEREZA MARIA TERESA
BUENO LOZANO MARIA GLORIA
GONZALEZ GAYAN LAURA
HUERTA BLAS PALOMA
BORQUE NAVARRO ELENA
BEAUMONT ROMEA NURIA
AMIGUET BIAIN MIREIA ROSER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado en este proyecto de mejora tres protocolos clínicos, en coordinación con las unidades de urgencias de pediatría, de hospitalización pediátrica y de Endocrinología pediátrica, para la atención óptima y protocolizada de pacientes pediátricos con diabetes tipo 1.

Los protocolos han consistido en “Debut diabético en urgencias de pediatría”, “Debut con cetoacidosis en urgencias de pediatría” y “Enfermedades intercurrentes en el niño con diabetes tipo 1”.

Se ha cumplido con el calendario propuesto, con una reunión en abril de los colaboradores representantes de cada unidad: urgencias de pediatría, consultas de Endocrinología pediátrica y hospitalización pediátrica. En la reunión se han repartido las tareas, se han fijado los objetivos a seguir. Posteriormente, se realizó una revisión bibliográfica actualizada y exhaustiva de la evidencia científica. Entre mayo y septiembre de 2019 se han ido elaborando los diferentes protocolos, con reuniones para realizar las pertinentes modificaciones.

Tras haber revisado minuciosamente todos los protocolos y habiendo llegado a un consenso por parte de todos los colaboradores, se han concluido los protocolos clínicos y se han puesto a disposición del personal en pdf para su consulta y utilización, en los ordenadores de urgencias, hospitalización y consultas de pediatría, en octubre de 2019.

Para transmitir la existencia y el contenido de los protocolos de actuación por parte de todo el personal del servicio de pediatría, y para su utilización en los pacientes con diabetes tipo 1, se han realizado dos sesiones clínicas en el servicio. En una de ella se ha explicado como proceder ante un debut diabetico en urgencias y en hospitalación, dependiendo si el paciente se presenta con o sin cetoacidosis. En la segunda sesión se explicaron los pasos a seguir ante las enfermedades intercurrentes en un paciente ya diagnosticado de diabetes tipo 1.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Por un lado, se ha elaborado dos protocolos clínicos para urgencias de pediatría sobre las indicaciones a seguir en un debut diabetico en paciente pediátrico tanto en urgencias de pediatría como en hospitalización. Un protocolo específico sobre el debut clinico sin cetoacidosis y otro enfocado al debut diabetico con cetoacidosis clínica y analítica.

Se ha elaborado un tercer protocolo de actuación ante enfermedades intercurrentes en paciente diagnosticado de diabetes tipo 1, que acudan a urgencias o requieran hospitalización.

Respecto a los indicadores que proponíamos de evaluación, se han realizado cumpliendo los estándares marcados:

- Disponer de los protocolos de actuación ante nuevos casos de pacientes pediátricos con debut de diabetes tipo 1, con o sin cetoacidosis diabética y enfermedades intercurrentes (estándar 100%). Método de obtención: nº de protocolos propuestos/nº de protocolos realizados.

- Porcentaje de pacientes con diabetes tipo 1, que requieren asistencia en urgencias en los que se aplican los protocolos (estándar 80%). Desde octubre del 2019 se han aplicado los protocolos en todos los pacientes que cumplen los criterios y que han acudido a urgencias de pediatría o han requerido hospitalización. Método de obtención: nº de pacientes con diabetes tipo 1 que acude a urgencias/nº de pacientes en los que se aplican los protocolos realizados.

Desde septiembre de 2019, ha habido 5 pacientes con debut diabético, uno de ellos debutó con cetoacidosis clínica y analítica. Los otros 4 pacientes no presentaron criterios de cetoacidosis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El resultado tras la realización de los protocolos ha sido satisfactorio. Ha habido coordinación por todos los colaboradores, para llegar a los tiempos y el trabajo marcado. Se han realizado protocolos sencillos y con fácil seguimiento y útiles en la puesta en práctica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0242

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DEBUT DIABETICO Y ENFERMEDADES INTERCURRENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Como conclusión, a destacar la coordinación con los colaboradores, la mejora en la asistencia óptima a los pacientes así como una herramienta para facilitar el abordaje y tratamiento a los pediatras ya que la diabetes es una patología que se encuentra en continua evolución en la actualidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/242 ========== ***

Nº de registro: 0242

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DEBUT DIABETICO Y ENFERMEDADES INTERCURRENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Autores:
ASCASO MATAMALA ANGELA MARINA, LLORENTE CEREZA MARIA TERESA, BUENO LOZANO MARIA GLORIA, GONZALEZ GAYAN LAURA, HUERTA BLAS PALOMA, BORQUE NAVARRO ELENA, BEAUMONT ROMEA NURIA, AMIGUET BIAIN MIREIA ROSER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Este proyecto va dirigido a la detección y manejo de nuevos casos de pacientes pediátricos en el debut de diabetes tipo 1 así como complicaciones asociadas a esta enfermedad.

La Diabetes Mellitus (DM) describe un complejo desorden metabólico caracterizado por hiperglucemia crónica resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o en ambos. Presenta alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, en el metabolismo lipídico y proteico, lo que conlleva una morbimortalidad en forma de complicaciones micro y macrovasculares.

La DM tipo 1 supone una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la edad pediátrica, hasta el 90% de las diabetes en la infancia y adolescencia de países occidentales. La incidencia de DM1 varía de manera significativa entre diferentes países. España se sitúa con una prevalencia entre 0.2-0.3%, con tasas de incidencia anuales media de 20,6/100.000 en menores de 15 años. Existe un incremento de incidencia anual media global, siendo mayor en el grupo de < 5 años. En Aragón, la incidencia bruta del periodo 1991-2017 es de 18,2 casos/105hab.

Según los criterios dados por el Comité de Expertos de la Asociación Americana de Diabetes -ADA-, para el diagnóstico de DM, deben cumplirse uno de los siguientes apartados:
- Glucemia al azar de 200 mg/dl o superior con síntomas clásicos de diabetes.
- Glucemia en ayunas (8 horas sin ingesta calórica) =126 mg/dl.
- En el estudio con la sobrecarga oral de glucosa (SOG): La glucemia debe igualar ó > 200 mg/dl a los 120 min.
- HbA1c = 6,5 %.

Realizar un diagnóstico precoz e instaurar un tratamiento y seguimiento correctos en el diagnóstico y a largo plazo son labores fundamentales, para evitar la morbilidad aguda y para prevenir, retrasar o tratar precozmente las complicaciones crónicas. Por todo esto, es necesario una adecuada actuación, conocimiento de la enfermedad y del manejo en el tratamiento del debut diabético en urgencias así como las complicaciones y comorbilidades derivadas de esta enfermedad.

1. Barrio R. Diabetes mellitus tipo 1. Tratamiento. An Pediatr Contin. 2003; 1(1): 21-6.
2. Dabelea D, Rewers A, Stafford JM, et al. Trends in the prevalence of ketoacidosis at diabetes diagnosis: the SEARCH for diabetes in youth study. Pediatrics 2014; 133:e938.
3. American Diabetes Association. Children and Adolescents: Standards of Medical Care in Diabetes - 2018. Diabetes Care 2018 Jan; 41 (Supplement 1): S126-S136

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0242

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DEBUT DIABETICO Y ENFERMEDADES INTERCURRENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto está dirigido a todos los pacientes pediátricos (0 a 14 años) que acuden a las urgencias del HCU Lozano Blesa. Nuestros objetivos son:

a) Detección de nuevos casos de diabetes tipo 1 en pacientes pediátricos
b) Clasificación del debut diabético con o sin cetoacidosis.
c) Manejo del debut en urgencias con un protocolo unificado: tratamiento con fluidoterapia intravenosa, tratamiento con insulina intravenosa, tratamiento con insulina subcutánea
d) Manejo de las complicaciones asociadas a la DM tipo 1: enfermedades intercurrentes, hipoglucemias, hiperglucemias, vómitos, deshidratación

MÉTODO
Revisión bibliográfica de la evidencia científica

Reuniones con los participantes y distribución de tareas

Elaboración de protocolo de actuación ante nuevos casos de pacientes pediátricos con debut de diabetes tipo 1, con o sin cetoacidosis diabética

Elaboración de protocolo de actuación ante enfermedades intercurrentes en urgencias (vómitos, diarreas, fiebre, enfermedad) en niños diagnsoticados de diabetes tipo 1.

Reuniones para revisión por parte de los servicios de Endocrinología Pediátrica, Urgencias de Pediatría y hospitalización pediátrica.

INDICADORES
Disponer de los protocolos de actuación ante nuevos casos de pacientes pediátricos con debut de diabetes tipo 1, con o sin cetoacidosis diabética y enfermedades intercurrentes (estándar 100%)

Porcentaje de pacientes con diabetes tipo 1, que requieren asistencia en urgencias en los que se aplican los protocolos (estándar 80%)

DURACIÓN
Reunión con los participantes para distribución de las tareas, revisión bibliográfica: marzo-abril 2019

Elaboración y revisión de los protocolos: mayo-septiembre 2019

Aplicación de los protocolos: desde septiembre 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 - 2019/0277

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA QUE INGRESA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUE PRECISAN SEDACIÓN

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LORENA CUADRON ANDRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ JALLE MARIA ELENA
GONZALEZ GARCIA GONZALO
ESCARTIN MADURGA LAURA
ENCINAS GABARRUS JENNIFER
JIMENEZ ROYO LAURA
LALIENA OLIVA CLARA
PESTANA GALLARDO DIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha elaborado un protocolo de actuación para la realización de procedimientos que requieran sedación y/o anestesia en los pacientes pediátricos que requieran hospitalización.

- Se ha realizado una sesión informativa en el Servicio de Pediatría, incluyendo al personal de enfermería de la planta de hospitalización pediátrica, así como al resto de servicio implicados (Anestesia, Radiología, Traumatología, Oftalmología, ORL), para comunicar los cambios realizados en cuanto a la actuación a seguir en estos pacientes.

- Se ha elaborado una hoja informativa para los padres de los pacientes, que se entregan en la consulta de Anestesia Infantil, en la que se les indica el tiempo de ayuno necesario previo a la prueba y las situaciones en las que se debería postponer la sedación, para ello se facilita un teléfono de contacto para comunicar cualquier incidencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el 1 de octubre de 2019 los pacientes a los que se les va a realizar algún procedimiento diagnóstico que requiera sedación y/o anestesia ingresan a las 8 de la mañana del mismo día en que se realiza dicha prueba, evitando así el ingreso la tarde anterior. Una vez en planta se les canaliza una vía periférica y se realiza el procedimiento diagnóstico con sedación/anestesia según la hora programada. Posteriormente, permanecen en observación 2-3 horas hasta comprobar tolerancia oral. Desde la puesta en marcha del proyecto desde octubre a diciembre de 2019, se han incluido a 10 pacientes que han seguido este protocolo: 8 para realización de resonancia magnética y 2 para realización de TAC, con una edad media de 6, 1 años. No se han producido incidencias que supongan el retraso o la cancelación de la prueba programada y ninguno ha presentado efectos adversos o situaciones que requieran prolongar el ingreso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha del proyecto, ha supuesto una mejora evidente en el manejo de los pacientes que requieren realización de pruebas diagnósticas bajo sedación/anestesia. Los Servicios implicados en la solicitud de estas pruebas, así como el Servicio de Anestesia han llevado a cabo el protocolo correctamente, sin haberse registrado incidencias. Se ha conseguido una disminución considerable en el tiempo de estancia de estos pacientes en el hospital y las familias han mostrado una gran satisfacción por poder acudir al centro hospitalario el mismo día de la prueba. Una vez comprobados los buenos resultados del protocolo en los primeros meses desde su implantación, se mantendrá esta pauta de actuación, por lo que se espera un número considerable de pacientes beneficiados

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/277 ========== ***

Nº de registro: 0277

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE HOSPITALIZACION EN LA POBLACION PEDIATRICA QUE INGRESA PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS QUE PRECISAN SEDACION

Autores:
CUADRON ANDRES LORENA, MUÑOZ JALLE MARIA ELENA, GONZALEZ GARCIA GONZALO, ESCARTIN MADURGA LAURA, ENCINAS GABARRUS JENNIFER, JIMENEZ ROYO LAURA, LALIENA OLIVA CLARA, PESTANA GALLARDO DIANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0277

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA QUE INGRESA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUE PRECISAN SEDACIÓN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología que implique la realización de pruebas diagnósticas con sedación/anestesia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En la actualidad los pacientes pediátricos que precisan sedación o anestesia para realizar algún procedimiento diagnóstico, como por ejemplo resonancia magnética, ingresan el día anterior y pernoctan una noche en el hospital con el consiguiente gasto sanitario, malestar para el paciente y trastorno familiar. Se pretende elaborar un protocolo para que estos pacientes puedan ingresar la misma mañana en la que se le realice el procedimiento con sedación/anestesia y evitar así una noche de hospitalización. Para ello será necesario realizar una hoja informativa para la familia con las normas a seguir durante la tarde-noche anterior al procedimiento, especificando tiempo de ayuno y actitud a seguir en caso de que presente patología intercurrente (proceso infeccioso…) que pudiera justificar suspender el procedimiento

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir el tiempo de hospitalización de los pacientes que ingresan para la realización de procedimientos que precisen sedación.
- Disminuir el malestar que genera en el niño estar hospitalizado
- Disminuir el trastorno familiar y laboral que supone un día más de hospitalización

MÉTODO
- Elaborar un protocolo de actuación para la realización de procedimientos con sedación/anestesia en los pacientes pediátricos con hospitalización el mismo día de la prueba
- Realización de sesiones informativas con el servicio de pediatría y enfermería pediátrica, anestesia y servicio de radiología para comunicar los cambios en cuanto a la actuación a seguir con estos pacientes
- Elaboración de hojas informativas que se entregarán a los padres en el momento de petición de la prueba diagnóstica, en las que se indicará el tiempo de ayuno necesario y las situaciones en las que se debería posponer la sedación (procesos infecciosos intercurrentes..), para ello se facilitará un teléfono al que comunicar cualquier incidencia

INDICADORES
- Disponer de un protocolo y haber empezado su aplicación en un mínimo de 5 pacientes

DURACIÓN
- Marzo-abril:
- Reuniones con los distintos profesionales implicados para revisar los objetivos del proyecto
- Elaboración de la hoja informativa que se entregará a los padres
- Mayo-Diciembre:
- Implantación del protocolo
- Diciembre- Enero:
- Analizar los resultados
- Emitir informe de los mismos
- Difundir y discutir el informe a los miembros del servicio de pediatría antes de realizar el informe final para la dirección del centro

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 - 2019/0277

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA QUE INGRESA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUE PRECISAN SEDACIÓN

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0283

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS CONGENITO EN EL RECIEN NACIDO CON OTOEMISIONES ACUSTICAS NEGATIVAS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR COLLADO HERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO LOZANO OLGA
VALLE GUILLEN SOFIA
RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO
TRUJILLANO LIDON LAURA
RONCAL SOLA SUSANA
SANCHEZ LUÑO PILAR
MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para llevar a cabo el proyecto se han tenido reuniones conjuntas con los colaboradores de las secciones de Neonatología, Nidos, Consultas externas de pediatría e Infectología pediátrica. En la primera de ellas se puso en común la creación de una plantilla Excel accesible a todos los servicios implicados mediante una carpeta compartida en los diferentes ordenadores mediante intranet, se fijaron objetivos a conseguir y plazos, asignación de las tareas a realizar y se estableció un programa de coordinación, derivación y seguimiento de los pacientes con otoemisiones acústicas negativas al nacimiento realizadas en el Hospital Clínico Universitario.
De esta forma, neonatología y nidos introducen los datos (nombre, fecha de nacimiento y fecha de realización del cribado) de los pacientes con otoemisiones acústicas negativas al mismo tiempo que se les cita en la consulta externa de pediatría para realizar una segunda determinación. Estos datos son visualizados en la consulta de pediatría, donde, por un lado se comprueba que los pacientes acuden a la nueva citación (y si no acuden, se les localiza) y, por otro, se repiten de nuevo las otoemisiones acústicas.
Los pacientes con resultados positivos en la segunda determinación, son dados de alta al no estar justificado el estudio de Citomegalovirus (CMV). A los pacientes con resultado reiterado negativo se les recoge una muestra de orina en ése mismo momento para estudio de CMV mediante Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) evitando así un nuevo desplazamiento del paciente y la familia.
De nuevo el personal de enfermería y de la sección de infectología pediátrica quedan pendientes del resultado microbiológico del CMV. Si es negativo, los pacientes son derivados al servicio de Otorrinolaringología para continuar estudio de hipoacusia, si la PCR de CMV en positiva en orina, se citan en la consulta de infectología pediátrica para descartar infección congénita por CMV.

Consideramos que se ha cumplido con el calendario planteado, iniciando el proyecto con una reunión en enero 2019 de los colaboradores representantes de cada unidad: neonatología, nidos, infectología pediátrica y consultas externas de pediatría. Tras una revisión bibliográfica actualizada de la evidencia científica, se han ido haciendo reuniones para revisar y comentar posibles problemas, cambios y mejoras.

En total y durante el 2019 ha habido 66 recién nacidos con otoemisiones acústicas negativas que han sido derivados desde neonatología o nidos a la consulta externa para una segunda determinación. Todos ellos acudieron a la citación, salvo una familia a la que se contactó y cuya situación se derivó a Trabajo Social. El 36,3% (24 pacientes), tuvieron una segunda determinación negativa, y a todos se les recogió orina (100%), siendo el resultado positivo para CMV en dos de ellos derivándose en ése momento a la consulta de infectología donde tras informar a la familia de la situación, se estudió y descartó finalmente una infección congénita por CMV.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consideramos que se han cumplido los estándares marcados de los indicadores que proponíamos de evaluación al disponer en el momento actual de un protocolo de actuación ante otoemisiones negativas en el recién nacido.
En cuanto a los parámetros evaluados, la captura de recién nacidos con otoemisiones acústicas para una segunda valoración en la consulta externa ha sido de un 98,5% (65/66 pacientes). En todo momento ha habido un control de los pacientes que debían acudir al tener acceso a la base de datos desde todos los ordenadores de los colaboradores implicados, minimizando de esta forma al máximo los casos perdidos. Al 100% de los niños con una segunda determinación negativa de cribado acústico se le recogió orina para estudio de CMV. Al conseguir la muestra en el mismo momento en que acuden a la consulta, se disminuye la posibilidad de no diagnosticar una infección congénita por CMV por falta de muestra y se evitan nuevas visitas al hospital, situación que ha sido apreciada por las familias. También el 100% de los niños con resultado positivo para CMV, han sido valorados en la consulta de infectología pediátrica de forma precoz. Todos los resultados son plasmados en la misma hoja Excel que ha fecha actual sigue sumando casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración por parte de todo el equipo de mejora es de satisfacción, ya que se ha coordinado todo el trabajo cumpliendo el calendario y los objetivos marcados. Actualmente se dispone de un protocolo de seguimiento de los pacientes con cribado acústico negativo, y hemos conseguido evitar casos perdidos y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0283

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS CONGENITO EN EL RECIEN NACIDO CON OTOEMISIONES ACUSTICAS NEGATIVAS

focalizar las responsabilidades en los componentes del equipo de mejora.
Los pacientes han mostrado su conformidad en los diferentes pasos y en todo momento han sido informados de los resultados, priorizando los casos positivos de CMV en la consulta de infectología pediátrica y disminuyendo su tiempo de espera por la importancia que conlleva un diagnóstico y un tratamiento precoz de la infección congénita.

Dada la mejora de la calidad asistencial que supone y que se trata de un proyecto sostenible, sencillo, barato y cómodo, a día de hoy continuamos aplicándolo.

7. OBSERVACIONES.
ninguna

*** ========== Resumen del proyecto 2019/283 ========== ***

Nº de registro: 0283

Título
DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS CONGENITO EN EL RECIEN NACIDO CON OTOEMISIONES ACUSTICAS NEGATIVAS

Autores:
COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR, BUENO LOZANO OLGA, VALLE GUILLEN SOFIA, RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO, TRUJILLANO LIDON CARMEN LAURA, RONCAL SOLA SUSANA, SANCHEZ LUÑO PILAR, MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: PREVENCIÓN DE MORBILIDAD DE INFECCIONES PERINATALES

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

PROBLEMA
El citomegalovirus (CMV) es la causa más frecuente de infección congénita en los países desarrollados, apareciendo en un 0,3 y un 0,6% de los recién nacidos europeos. Ante una primoinfección durante el embarazo (1-4% de las gestantes) el 40% de los niños se infecta y el 1% desarrollan secuelas permanentes, especialmente retraso mental e hipoacusia neurosensorial, suponiendo hasta el 40% de las profundas. Por éste motivo es primordial la detección precoz de CMV en niños con un cribado acústico negativo al facilitar la rápida intervención para poder disminuir las consecuencias de su infección congénita. Se ha comprobado que la puesta en marcha de los programas de Cribado Auditivo Neonatal mediante las Otoemisiones Acústicas y la detección en ellos del CMV han supuesto un antes y un después en la atención a los niños con hipoacusia severa-profunda congénita.
El presente proyecto pretende ser un instrumento de mejora que permita detectar precozmente la infección por CMV en recién nacidos con cribado acústico negativo e iniciar medidas terapéuticas que permitan minimizar la morbilidad de la infección congénita. En la actualidad no disponemos de un protocolo establecido para la continuidad en el seguimiento de los recién nacidos con cribado acústico negativo. Por todo ello, se plantea la necesidad de mejora en la protocolización de éstos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende crear un protocolo de actuación ante una hipoacusia neonatal que permita diagnosticar de infección congénita por CMV a todos los recién nacidos en el HCU con otoemisiones acústicas negativas para iniciar precozmente la terapia antiviral y disminuir las secuelas auditivas y neurológicas que pueda suponer. Será preciso la colaboración de los servicios de Nidos, Neonatología, Infecciosos pediátricos, Microbiología y Consultas Externas de Pediatría.

MÉTODO
Los resultados de las otoemisiones acústicas serán introducidos en una base excell por personal sanitario de los servicios de Nidos y Neonatología. La coordinadora del proyecto recopilará los recién nacidos en el HCU a partir del año 2019 que tienen otoemisiones acústicas negativas. Estos niños serán informados telefónicamente de la cita en consultas externas de pediatría donde repetirán el cribado acústico y recogerán en ése momento muestra de orina para detección microbiológica de CMV mediante carga viral (PCR) si persiste cribado acústico negativo. En el caso de que la carga viral sea positiva estos niños acudirán a la consulta de Infectología Pediátrica que continuará con el estudio y tratamiento en caso necesario. Se pretende así diagnosticar precozmente la infección congénita más prevalente en nuestro medio para disminuir sus secuelas y contribuir a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0283

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS CONGENITO EN EL RECIEN NACIDO CON OTOEMISIONES ACUSTICAS NEGATIVAS

una mejora de la calidad asistencial y al adecuado uso de los recursos.

INDICADORES
Indicadores: Disponer del protocolo de actuación ante otoemisiones negativas en el recién nacido.
Evaluación: revisión de todos los recién nacidos en el HCU durante el año 2019 que presentan otoemisiones acústicas negativas que han debido ser citados en Consultas Externas de Pediatría, comprobando que se ha repetido el cribado acústico y se ha iniciado la recogida de orina para detección de CMV en el 80% de aquellos cuyo resultado persiste negativo. Se evaluará también que el 100% de los niños con detección positiva de CMV han sido valorados en la consulta de Infectologia Pediátrica.

DURACIÓN
Serán revisados los recién nacidos en el HCU a partir del 2019 por parte de la coordinadora del equipo, en base a los datos introducidos en la hoja excell accesible los servicios implicados. Dada la mejora de la calidad asistencial que ofrece la detección de la infección congénita por CMV se realizará este proyecto de manera indefinida.
Población diana: Recién nacidos atendidos en el Hospital Clínico de ambos sexos.

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 - 2019/0361

1. TÍTULO

ELABORACIÓN Y USO DE HOJA DE CÁLCULO PREDISEÑADA Y VALIDADA PARA LA OBTENCIÓN DE DOSIS DE MEDICACIÓN Y MATERIAL DE EMERGENCIA Y RCP SEGÚN PESO Y EDAD PEDIÁTRICOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PALOMA HUERTA BLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUADRON ANDRES LORENA
AMIGUET BIAIN MIREIA ROSER
GONZALEZ GARCIA GONZALO
ARTIGAS CLEMENTE MARIA
ESCARTIN MADURGA LAURA
PESTANA GALLARDO DIANA
MARTINEZ VELASCO PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- La dosificación de los medicamentos en situaciones de emergencias pediátricas es en ocasiones una fuente de stress para la mayoría de los médicos y enfermeras. Esto puede ser atribuible a la falta de estandarización de las dosis de los fármacos para una gran mayoría de medicinas pediátricas, que requieren poco tiempo para calcularse y con pequeños márgenes de error.
- En un esfuerzo por reducir el potencial de error y la ansiedad durante la administración de estos medicamentos se ha elaborado una hoja de cálculo prediseñada y estandarizada para la obtención de dosis y material para las emergencias pediátricas según peso y edad del niño. De esta manera se proporciona un aumento de la seguridad del uso de medicamentos en situaciones de emergencia al eliminar cálculos personales y así se minimizan los riesgos de error.
- Se ha planteado disponer una completa y ordenada variedad de fármacos para reanimación e infusiones, así como el empleo de los medicamentos y material más usados en las emergencias Pediátricas, usando un formato simple y visual que permita con la simple introducción del peso del niño el cálculo automático de toda la información necesaria en cuanto a fármacos y material de emergencias se refiere.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha diseñado una completa hoja de cálculo de dosis según peso y edad del niño con la inclusión de fármacos y material de uso frecuente en las emergencias pediátricas.
- Antes de su implementación, la hoja de cálculo de medicamentos ha sido revisada y validada por los facultativos de Pediatría del Servicio incluidos en el equipo de mejora.
- Se ha proporcionado educación intrahospitalaria a los facultativos de Pediatría y a los MIR de Pediatría para el uso de la hoja de dosificación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La hoja de cálculo ha sido utilizada con éxito en situaciones de emergencia pediátricas, con lo que el equipo valora de forma muy positiva dicho recurso, permitiendo un fácil acceso y mayor confianza en los facultativos a la hora de abordar situaciones de urgencia.
- Se trata de un proyecto sostenible que se va a seguir desarrollando y utilizando en el Servicio de Pediatría.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/361 ========== ***

Nº de registro: 0361

Título
ELABORACION Y USO DE HOJA DE CALCULO PREDISEÑADA PARA LA OBTENCION DE DOSIS DE MEDICACION Y MATERIAL DE EMERGENCIA Y RCP SEGUN PESO Y EDAD PEDIATRICOS

Autores:
HUERTA BLAS PALOMA, CUADRON ANDRES LORENA, AMIGUET BIAIN MIREIA ROSER, GONZALEZ GARCIA GONZALO, ARTIGAS CLEMENTE MARIA, ESCARTIN MADURGA LAURA, PESTANA GALLARDO DIANA, MARTINEZ VELASCO PALOMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0361

1. TÍTULO

ELABORACIÓN Y USO DE HOJA DE CÁLCULO PREDISEÑADA Y VALIDADA PARA LA OBTENCIÓN DE DOSIS DE MEDICACIÓN Y MATERIAL DE EMERGENCIA Y RCP SEGÚN PESO Y EDAD PEDIÁTRICOS

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología urgente pediátrica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los niños que consultan en una Unidad de Urgencias Pediátrica se presentan con necesidades variables en función de la edad, características personales y la patología por la que consultan. Los servicios de Urgencias deben, por lo tanto, ofrecer una atención protocolizada, segura y suficiente en la totalidad de las ocasiones. Para ello se han desarrollado diferentes guías consensuadas que hacen referencia a la infraestructura, equipamiento, dotación, formación del personal, organización y seguridad del paciente.
La dosificación de los medicamentos en situaciones de emergencias pediátricas es en ocasiones una fuente de stress para la mayoría de los médicos y enfermeras. Esto puede ser atribuible a la falta de estandarización de las dosis de los fármacos para una gran mayoría de medicinas pediátricas, que requieren poco tiempo para calcularse y con pequeños márgenes de error. En un esfuerzo por reducir el potencial de error y la ansiedad durante la administración de estos medicamentos de cuidados críticos pediátricos se plantea la elaboración de una hoja de cálculo prediseñada y estandarizada para la obtención de dosis y material para las emergencias pediátricas según peso y edad del niño.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar un aumento de la seguridad del uso de medicamentos en situaciones de emergencia al eliminar cálculos personales y así minimizar los riesgos de error.
- Disponer de una completa y ordenada variedad de fármacos para reanimación e infusiones, así como el empleo de los medicamentos y material más usados en las emergencias Pediátricas.
- Usar un formato simple y visual que permita con la simple introducción del peso del niño el cálculo automático de toda la información necesaria en cuanto a fármacos y material de emergencias se refiere.

MÉTODO
Se plantea el diseño de una completa hoja de cálculo de dosis según peso y edad del niño con la inclusión de fármacos y material de uso frecuente en las emergencias pediátricas.
Antes de su implementación, la hoja de cálculo de medicamentos será revisada y aprobada por los facultativos de Pediatría del Servicio.
Se proporcionará una educación intrahospitalaria extensa tanto a los facultativos de Pediatría, residentes de Pediatría como a las enfermeras de Pediatría para uso de la hoja de dosificación.
La hoja de medicación podrá ser extrapolada a las distintas unidades donde los pacientes pediátricos reciben cuidados, ya que todas estas áreas pueden ser susceptibles de administrar fármacos durante las emergencias pediátricas.

INDICADORES
- Número de pacientes en los que se ha utilizado la hoja de cálculo (estándar 100%)
- Número de errores de dosificación respecto al número total de pacientes en los que se ha utilizado la hoja de cálculo (estándar 100%)
- Calendario de sesiones programadas informativas para personal médico y de enfermería (estándar 90%)

DURACIÓN
- Diseño de la hoja de cálculo estandarizada (Marzo- Abril 2019)
- Revisión y aprobación de la hoja de cálculo por el resto de facultativos de pediatría (Abril- Mayo 2019)
- Realización de sesiones informativas y educación intrahospitalaria de uso de la hoja de dosificación (Mayo 2019- Mayo 2020, periodicidad por establecer según necesidad y demanda de personal)

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 - 2019/0460

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 PORTADORES DE BOMBAS DE INFUSION SUBCUTÁNEA CONTINUA DE INSULINA (ISCI)

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA LLORENTE CEREZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASCASO MATAMALA ANGELA MARINA
GONZALEZ GAYAN LAURA
ESCRIBANO GARCIA ANA
COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR
ARTIGAS CLEMENTE MARIA
BONAFONTE DIEZ LUCIA
BUENO LOZANO MARIA GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han elaborado con la realización de este proyecto de mejora tres protocolos clínicos, en coordinación con las unidades de urgencias de pediatría, de hospitalización pediátrica y de Endocrinología pediátrica, para la atención óptima y protocolizada de pacientes pediátricos con diabetes tipo 1, portadores de bomba de infusión subcutánea continua de insulina (ISCI).

Para ello se ha cumplido con el calendario planteado, iniciando el proyecto con una reunión en abril de los colaboradores representantes de cada unidad: urgencias de pediatría, hospitalización pediátrica y consultas de Endocrinología pediátrica. En esa reunión se han fijado objetivos a conseguir y plazos, con asignación de las tareas a realizar.
Tras una revisión bibliográfica actualizada de la evidencia científica, se han ido elaborando los diferentes protocolos por los participantes entre mayo y septiembre de 2019, con reuniones para revisar y comentar posibles cambios y mejoras.

Tras puesta en común y consenso por parte de todas las unidades colaboradoras, se han dado por finalizados los protocolos clínicos y se han puesto a disposición del personal para su consulta y utilización, en los ordenadores de urgencias, hospitalización y consultas de pediatría, en octubre de 2019.

Para poner en conocimiento la existencia y el contenido de los protocolos de actuación por parte de todo el personal del servicio, y para su utilización en los pacientes portadores de ISCI que acuden a consultas para revisión, a urgencias por complicación, descompensación, o enfermedad intercurrente, o en los que se requiera su hospitalización, se han realizado dos sesiones clínicas en el servicio. En una de las sesiones se ha explicado a nivel teórico y práctico los fundamentos de la bomba de insulina, para familiarizar a todo el personal con las características de las bombas, sus componentes, cambios de cánula y catéter, y manejo y cálculo de requerimientos de insulina según edad y diferentes situaciones. En la otra sesión clínica se han presentado casos clínicos prácticos de actuación ante descompensaciones y enfermedades intercurrentes en estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Por un lado se ha elaborado un protocolo clínico para utilización en la consulta de Endocrinología pediátrica por parte del personal médico y de enfermería, de conocimientos generales del fundamento de las bombas de infusión subcutánea continua de insulina, con indicaciones y contraindicaciones de su colocación en los pacientes con diabetes tipo 1. Incluye conocimientos y habilidades sobre la forma de administración de la insulina, cambios de catéter, tipos de bolos y programación inicial de la pauta de tratamiento, programación en situaciones especiales y habilidades para el autocontrol. De este protocolo se sacará información igualmente para las clases de educación a los padres y los pacientes en los que se inicia el tratamiento con ISCI.

Se ha elaborado un segundo protocolo de actuación ante enfermedades intercurrentes en paciente portador de bomba de ISCI, que acudan a urgencias o requieran hospitalización.

Un tercer protocolo incluye pautas de actuación ante descompensaciones hipoglucémicas e hiperglucémicas en pacientes con diabetes tipo 1 portadores de bombas ISCI, que acudan a urgencias o requieran hospitalización.

Respecto a los indicadores que proponíamos de evaluación, se han realizado cumpliendo los estándares marcados:

- Disponer de los protocolos de actuación ante descompensaciones metabólicas o enfermedades intercurrentes en niños con diabetes tipo1 portadores de bomba de ISCI (estándar 100%). Método de obtención: nº de protocolos propuestos/nº de protocolos realizados.

- Porcentaje de pacientes con diabetes tipo 1 y portadores de ISCI, que requieren asistencia en urgencias/hospitalización pediátrica en los que se aplican los protocolos (estándar 80%).
Desde octubre del 2019 se han aplicado los protocolos en todos los pacientes que cumplen los criterios y que han acudido a urgencias de pediatría o han requerido hospitalización. Método de obtención: nº de pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0460

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 PORTADORES DE BOMBAS DE INFUSION SUBCUTÁNEA CONTINUA DE INSULINA (ISCI)

con diabetes tipo 1 en tratamiento con ISCI que acude a urgencias/nº de pacientes en los que se aplican los protocolos realizados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración por parte de todo el equipo de mejora es de satisfacción, ya que se ha coordinado todo el trabajo cumpliendo el calendario y los objetivos marcados. Se han elaborado protocolos actualizados, sencillos en su seguimiento y de gran utilidad para el manejo de los pacientes.

Como conclusión de este proyecto de mejora es que ha permitido elaborar protocolos de actuación de gran utilidad para el manejo en las unidades en las que se atiende a estos pacientes. Las nuevas tecnologías surgidas en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1, precisa de una adecuada formación de los profesionales, por lo que se hace imprescindible la elaboración de protocolos de actuación que ayuden al manejo de estos pacientes, facilitando su atención óptima.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/460 ========== ***

Nº de registro: 0460

Título
ELABORACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION EN URGENCIAS/HOSPITALIZACION EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 PORTADORES DE BOMBAS DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUA DE INSULINA (ISCI)

Autores:
LLORENTE CEREZA MARIA TERESA, ASCASO MATAMALA ANGELA MARINA, GONZALEZ GAYAN LAURA, ESCRIBANO GARCIA ANA, COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR, ARTIGAS CLEMENTE MARIA, BONAFONTE DIEZ LUCIA, BUENO LOZANO MARIA GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
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 terapia con Infusión Subcutánea Continua de Insulina (ISCI) representa una alternativa terapéutica para la administración de insulina en pacientes con diabetes tipo 1 y es el método actualmente disponible que mejor imita la secreción fisiológica de insulina del páncreas.
Los sistemas ISCI actuales son sistemas abiertos que administran insulina de acción rápida a través de un catéter con una cánula que se coloca en el tejido subcutáneo. Esta secreción se administra en forma de perfusión basal y bolos. La dosis basal sigue una programación configurada en pequeños pulsos, permitiendo ajustar la dosis por tramos horarios adaptados a las necesidades individuales a lo largo de 24 horas y a los diferentes fenómenos fisiológicos (alba, atardecer, etc.). La insulina en bolos es la que se administra por el paciente antes de una comida o para corregir una hiperglucemia, existiendo 3 tipos de administración: normal, cuadrado y dual. Con todo ello, se ha demostrado un mejor control metabólico de la enfermedad(HbA1c), con disminución del número y frecuencia de hipoglucemias, y con mejoría de la calidad de vida.
La Orden del 5 de noviembre de 2004, del Departamento de Salud y Consumo, regula la prestación de las bombas de infusión continua de insulina en el Sistema de Salud de Aragón (1). Una de las principales indicaciones clínicas para el tratamiento con ISCI es la existencia de hipoglucemias graves y las necesidades muy bajas de insulina, algo frecuente en los niños pequeños sobretodo(2). Tras la configuración inicial del ISCI, deben existir continuamente ajustes en los diferentes parámetros de configuración de insulina basal y en bolos, según los patrones glucémicos individualizados en el tiempo. Es importante para el éxito con estos sistemas de tratamiento, contar con una formación estructurada dirigida a facilitar la autonomía del paciente y/o de la familia, para el manejo del sistema con eficacia y seguridad.
Se hace necesario por tanto, la elaboración de protocolos de actuación tanto para padres en un primer momento, como para los profesionales que atienden a estos niños o adolescentes a nivel de atención primaria, urgencias o ante una hospitalización, de pautas a seguir ante posibles descompensaciones metabólicas o enfermedades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0460

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 PORTADORES DE BOMBAS DE INFUSION SUBCUTÁNEA CONTINUA DE INSULINA (ISCI)

intercurrentes.

1- Ley 16/2003, de 28 de mayo por la que se establece la autorización para la financiación con fondos públicos de bombas portátiles de infusión subcutánea continua de insulina. BOA 29/11/204, nº140.
2- ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Insulin treatment in children and adolescents with diabetes. Pediatric Diabetes October 2018;19 (suppl.27):115-135.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración y aplicación de protocolos de actuación en urgencias/hospitalización ante pacientes en edad pediátrica con Diabetes tipo 1 en tratamiento con ISCI, que acudan a urgencias del hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” o requieran hospitalización por descompensaciones metabólicas o enfermedades intercurrentes.

MÉTODO
Revisión bibliográfica de la evidencia científica
Reuniones con los participantes y distribución de tareas
Elaboración de protocolo de actuación ante descompensaciones metabólicas (hipoglucemia/hiperglucemia) en niños con diabetes tipo 1 portadores de bombas de ISCI.
Elaboración de protocolo de actuación ante enfermedades intercurrentes (vómitos, diarreas, fiebre, enfermedad que requiera hospitalización..) en niños con diabetes tipo 1 portadores de bombas de ISCI.
Reuniones para revisión por parte de los servicios de Endocrinología Pediátrica, Urgencias de Pediatría y hospitalización pediátrica. Poner en conocimiento de los pediatras de atención primaria.
Aplicación de los protocolos en los pacientes con diabetes tipo 1 portadores de bomba con ISCI, atendidos en urgencias/hospitalización pediátrica.

INDICADORES
Disponer de los protocolos de actuación ante descompensaciones metabólicas o enfermedades intercurrentes en niños con diabetes tipo1 portadores de bomba de ISCI (estándar 100%)
Porcentaje de pacientes con diabetes tipo 1 y portadores de ISCI, que requieren asistencia en urgencias/hospitalización pediátrica en los que se aplican los protocolos (estándar 80%)

DURACIÓN
Reunión con los participantes para distribución de las tareas, revisión bibliográfica: marzo-abril 2019
Elaboración y revisión de los protocolos: mayo-septiembre 2019
Aplicación de los protocolos: desde septiembre 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 - 2019/1191

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA BASICA ANTE UN DEBUT DIABETICO. SESIONES EDUCATIVAS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LUCIA BONAFONTE DIEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCRIBANO GARCIA ANA
GUTIERREZ GARCIA FLOR
ROYO GUILLEN MARIA LOURDES
MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha diseñado la elaboración de una guía informativa para pacientes en edad pediátrica y sus familias, que debutan con diagnóstico de Diabetes tipo 1, con texto e ilustraciones propias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido al retraso en la creación de la guía informativa no hemos podido ponerla en práctica con pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo que forma este proyecto está totalmente satisfecho con las reuniones del equipo.
Queda pendiente la puesta en marcha de la guía informativa en aquellos pacientes que debutan en el la planta de pediatría del hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” con Diabetes tipo 1.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1191 ========== ***

Nº de registro: 1191

Título
EDUCACION DIABETOLOGICA BASICA ANTE UN DEBUT DIABETICO. SESIONES EDUCATIVAS

Autores:
BONAFONTE DIEZ LUCIA, ESCRIBANO GARCIA ANA, GUTIERREZ GARCIA FLOR, ROYO GUILLEN MARIA LOURDES, MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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
Conseguir un buen control metabólico en los pacientes pediátricos diagnosticados de diabetes tipo 1, es un objetivo prioritario para un óptimo crecimiento y desarrollo en la edad pediátrica.
La educación diabetológica consigue aumentar el nivel de conocimiento y habilidades del paciente y su familia ante la enfermedad, lo que lleva a una aceptación de la misma y a una mayor adherencia terapéutica, eliminando miedos e incertidumbres y consiguiendo un mejor control metabólico.
El papel de la enfermera educadora en diabetes, ante un debut diabético en pediatría es la base para la adquisición de conocimientos durante su ingreso hospitalario.
Surge la necesidad de realizar una guía educativa, estructurada en cinco sesiones, para educar tanto al paciente pediátrico como a los familiares.
Ante un debút diabético encontramos los siguientes temas a tratar: técnica de inyección de insulina, autocontrol de glucemia capilar, los diferentes tipos de insulina y su acción, actuación ante situaciones de hipoglucemias e hiperglucemias, conocimiento del manejo de la dieta por raciones, actuación ante el ejercicio físico y situaciones especiales. Estos programas de educación tienen como objetivo proporcionar al niño y a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1191

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA BASICA ANTE UN DEBUT DIABETICO. SESIONES EDUCATIVAS

sus familiares, en un corto espacio de tiempo, las habilidades y conocimientos necesarios para que la estancia hospitalaria sea lo más reducida posible y se favorezca un alta segura, así como, capacitar a los niños y a sus familias para poder tomar decisiones sobre su salud de forma que asumen un papel activo en su cuidado y colaboren eficazmente con el equipo sanitario.
A su vez se hace necesario completar esta formación en las consultas de seguimiento de estos pacientes, lo que permite resolver dudas acerca del control de su enfermedad para evitar descompensaciones metabólicas y mejorar su calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de una guía informativa para pacientes en edad pediátrica y sus familias, que debutan con diagnóstico de Diabetes tipo 1 que ingresen en la planta de Pediatría del hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.
En el momento de debut diabético y durante la hospitalización, se pretende realizar una enseñanza estructurada y reglada en conocimientos básicos sobre diabetes con el objeto de conseguir que el paciente y su familia se sientan seguros en la autogestión de su propia enfermedad.
En el seguimiento ambulatorio el objetivo será reforzar dicha educación diabetologica básica para pasar a contenidos más avanzados.
Con todo lo anterior, se pretende conseguir una mejora en la calidad de la asistencia clínica del paciente pediátrico, así como de su calidad de vida, evitando ingresos por complicaciones metabólicas por falta de información.

MÉTODO
Revisión bibliográfica de la evidencia científica.
Reuniones con los participantes y distribución de tareas.
Elaboración de una Guía informativa sobre la Diabetes tipo 1 para aquellos niños que han presentado un debut.
Reuniones para revisión por parte de los servicios de Endocrinología Pediátrica.
Poner en conocimiento a las pediatras de Atención primaria y al equipo de enfermería.
Poner en práctica las sesiones educativas en los pacientes en edad pediátrica ante ingresos hospitalarios por debut diabético.

INDICADORES
Indicadores: Disponer de una Guía con sesiones estructuradas para implantarla en nuevos ingresos con debut de Diabetes tipo 1 de pacientes pediátricos.
Evaluación: Mediante una atención diabetológica continua, eficiente y de calidad se valorará la disminución del número de consultas en Urgencias hospitalarias y de ingresos hospitalarios del niño diabético.

DURACIÓN
Reunión con los participantes para distribución de las tareas, revisión bibliográfica: abril-mayo 2019.
Elaboración y revisión de los protocolos: mayo 2019.
Aplicación de la guía: desde 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 - 2019/0967

1. TÍTULO

ACTUALIZACI0N, AMPLIACION Y ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS DE INGRESOS Y ALTA EN HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS

Fecha de entrada: 05/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ISABEL IRIGOYEN RECALDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODENES CERVERA IVAN
BAILE VILADES ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Cumplimiento del calendatio marcado en todas las actividades realizadas

- DOCUMENTO DE COMPILACION de los siguientes documentos (2018 y 2019):

1. información previa al ingreso en HDPA (hospital de día psiquiátrico de adultos) para paciente y familia
2. dossier de criterios de ingreso y de contraindicaciones de ingreso en HDPS
3. formulario de derivación del caso al HDPA
4. procedimiento de priorización de ingreso en HDPA
5. información al ingreso en HDPA para paciente y familia
6. carta de derechos y deberes del paciente
7. procedimiento de gestión interna de ingresos y altas en HDPA
8. funciones del equipo de HDPA
9. autorización de ingreso para menores de edad en HDPA
10. formulario de denegación de ingreso en HDPA
11. encuesta de satisfacción del paciente al alta

- Estandarización del proceso de ingreso en HDPA Y Estandarización del proceso de alta en HDPA, con pilotaje, revisión y actualizaciòn y diseño definitivo (concluído 30 junio 2019) DOCUMENTO DE LISTADO DE COMPROBACIO O CHECK LIST operativo desde 1 julio 2019

- Reuniones periódicas del equipo de mejora

- Información regular al equipo asistencial de HDPA del inicio y los objetivos del pilotaje

- Reporte de estado del trabajo y los logros obtenidos mensualmente a la Comisión de calidad del Servicio de psiquiatría y al Jefe de Servicio de psiquiatría

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados alcanzados en línea con el propósito marcado al iniciuo del porgrama de calidad:
1- incremento del rigor en los procesos de ingreso y alta
2- adaptación de los procesos de ingreso y alta en función de las necesidades organizativas del Hospital de día psiquiátrico de adultos y de la información recogida a través de las encuestas de satisfacción a pacientes y encuestas realizadas a profesionales (adscritos a ella y externos).

Impacto del proyecto:
1- estandarización de procesos de ingreso y alta
2- servir de modelo referente al resto de unidades del servicio de psiquiatría del hospital clínico al al ser el primer proyecto de mejora concluído sobre los procesos de ingreso y alta, al iniciarse en 2019 la implantación de un modelo de calidad de gestión por procesos, transversal a todo el Servicio de Psiquiatría.

Indicadores utilizados:
1- Lista de comprobación (Check list) para proceso de ingreso y alta en el Hospital de día psiquiátrico de adultos concluída, pilotada, reformulada y puesta en marcha definitivamente desde el 1 de julio de 2019
2- Compilación de los documentos de los procesos de ingreso y alta en el Hospital de día psiquiátrico de adultos trás revisión, actualización, adaptación y ampliación de la documentación existente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Proyecto sostenible que facilita la revisión sistemática de todos los procesos de ingreso y alta en una unidad del servicio de psiquaitría de una forma eficiente y visual que permite la decetección de fallos/olvidos en los procesos y por tanto su subsanación mejorando por tanto la asistencia al paciente, objetivo final del programa de calidad.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0967

1. TÍTULO

ACTUALIZACI0N, AMPLIACION Y ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS DE INGRESOS Y ALTA EN HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS

*** ========== Resumen del proyecto 2019/967 ========== ***

Nº de registro: 0967

Título
ACTUALIZACI0N, AMPLIACION Y ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS DE INGRESOS Y ALTA EN HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS (HDPA)

Autores:
IRIGOYEN RECALDE ISABEL, RODENES CERVERA IVAN, BAILE VILADES ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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
3.1.- Evaluación
Incluir: a) los resultados de la autoevaluación del contrato de gestión 2017 de la unidad; b) otras actividades realizadas durante 2017 y los resultados conseguidos; c) la valoración de los distintos profesionales que componen la unidad respecto a los aspectos que consideran prioritarios mejorar en el conjunto de su ámbito de trabajo; etc

El Hospital de Día Psiquiátrico de Adultos (HDPA) desde su puesta en marcha en el año 2004 dispone de un sistema estructurado en los procesos de ingreso y alta de los pacientes atendidos.

Como resultado del inicio de la implantación de un modelo de calidad de gestión por procesos, transversal a todo el Servicio de Psiquiatría, nos proponemos su revisión, actualización y ampliación.

El material escrito que compila la documentación ya existente al respecto de los procesos de ingreso y alta en HDPA es el siguiente:

1. información previa al ingreso en HDPA para paciente y familia
2. dossier de criterios de ingreso y de contraindicaciones de ingreso en HDPS
3. formulario de derivación del caso al HDPA
4. procedimiento de priorización de ingreso en HDPA
5. información al ingreso en HDPA para paciente y familia
6. carta de derechos y deberes del paciente
7. procedimiento de gestión interna de ingresos y altas en HDPA
8. funciones del equipo de HDPA
9. autorización de ingreso para menores de edad en HDPA
10. formulario de denegación de ingreso en HDPA
11. encuesta de satisfacción del paciente al alta

RESULTADOS ESPERADOS
el objetivo es concluir este programa de calidad iniciado en el 2018 con los objetivos de:
1. incrementar el rigor en los procesos de ingreso y alta
2. adaptar los procesos de ingreso y alta en función tanto de las necesidades organizativas como de las percibidas por los pacientes con la información recogida en los años de andadura de la unidad a través de las encuestas de satisfacción a pacientes y encuestas a profesionales (adscritos a ella y externos).

MÉTODO
Revisión, actualización, adaptación y ampliación en su caso de la documentación ya existente Concluido en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0967

1. TÍTULO

ACTUALIZACI0N, AMPLIACION Y ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS DE INGRESOS Y ALTA EN HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS

2018

Compilación de los documentos en un dossier único Concluido en 2018
Estandarización del proceso de ingreso en HDPA Lista de comprobación (Check list) ya diseñada en 2018

Estandarización del proceso de alta en HDPA Lista de comprobación (Check list) ya diseñada en 2018

Pilotaje de la estandarización % superior al 50 % de los pacientes ingresados entre febrero y mayo de 2019

Revisión de la estandarización Checks list definitivos previamente a 30 junio 2019

INDICADORES
Revisión, actualización, adaptación y ampliación en su caso de la documentación ya existente Concluido en 2018 100%

Dossier de compilación finalizado 100%

Check list del procedimiento de ingreso diseñado 100%

Check list del procedimiento de alta diseñado 100%

Pilotaje de la estandarización % superior al 50 % de los pacientes ingresados
entre febrero y mayo de 2019

Checks list definitivos previos a 30 junio 2019

DURACIÓN
Pilotaje de la estandarización % superior al 50 % de los pacientes ingresados entre febrero y mayo de 2019

Revisión de la estandarización Checks list definitivos previamente a 30 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 - 2019/1082

1. TÍTULO

GESTIÓN POR PROCESOS EN ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL USMIJ SECTOR III

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PEDRO MANUEL RUIZ LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRERA FRANCES ANA
CALVO SARNAGO ANA ISABEL
GARCES TRULLENQUE EVA
GONZALEZ MARIA DOLORES
LOBAN INZA JOSE MANUEL
MABRY PARAISO SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Filtro de las solicitudes desde Atención Primaria con la introducción de la interconsulta virtual.
Uso piloto del Curso clínico por una psiquiatra.
Redacción y entrega en Word impreso de los documentos informativos psicoeducativos por escrito para familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH.
Se ha diseñado un folleto con la cartera de servicios y las funciones de los miembros del equipo interdisciplinar de la USMIJ.
Se ha diseñado y aplicado en una muestra una encuesta de satisfacción.
Mejora de la transición a edad adulta con visitas programadas hasta tener cita en USM de adultos e informe de alta/derivación.
Reuniones con USMA, UCE infanto-juvenil y UTCA.
El diseño de protocolos, consentimiento informado para padres separados, divulgación de criterios e informes de derivación para distintas unidades sigue en proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En 2019 las primeras visitas acumuladas a fecha diciembre de 2019 son 580 (con el traslado a CEM Inocencio Jiménez se pierden los días de guardia) con 4434 totales.
Se ven 1.941 pacientes distintos en Psicología y Psiquiatría (1.839).
Con una demora media prospectiva de 202,0 días en 2019.
Un 5% de solicitudes electrónicas para visita de primer día desde AP rechazadas
Entregados 320 folletos de TDAH, TEA y TCA a familias.
Encuesta de satisfacción en grupo de padres por enfermería: valoración excelente.
Se deriva 19 pacientes a USMA con informe o resumen en historia clínica y transición programada.
Y se ven 254 pacientes de 18 o más años y 71 de 19 o más por la transición a adultos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El diseño de protocolos, consentimiento informado para padres separados, divulgación de criterios e informes de derivación para distintas unidades sigue en proceso.
Cuando se use el curso clínico de forma generalizada será una buena oportunidad para mejorar.
Se mantiene contacto regular con las Asociaciones de familiares de pacientes, Asperger y TGDs de Aragón, Autismo Aragón, AATEDA, Atenciona, TCA Aragón y ARBADA, Reazyom, Asociación de Dislexia de Aragón. Ello nos permite conocer, dentro de una general satisfacción por la atención recibida, un área de mejora en la transmisión de información con las familias que reclaman y requieren su espacio dentro de nuestra asistencia interdisciplinar (lo más sistémica posible) y atender a las necesidades de usuarios y su entorno más cercano (un instrumento de ayuda al cambio).
La presión asistencial creciente hace que el tiempo disponible para las familias se haya visto reducido y hay que buscar nuevas vías que faciliten la atención a las familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH como folletos y grupos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1082 ========== ***

Nº de registro: 1082

Título
GESTION POR PROCESOS EN ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL USMIJ SECTOR III

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1082

1. TÍTULO

GESTIÓN POR PROCESOS EN ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL USMIJ SECTOR III

Autores:
RUIZ LAZARO PEDRO MANUEL, BARRERA FRANCES ANA, CALVO SARNAGO ANA ISABEL, GARCES TRULLENQUE EVA MARIA, MABRY PARAISO SILVIA, GONZALEZ MARIA DOLORES, LOBAN IZA JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
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
En 2018 las primeras visitas acumuladas en diciembre son 653 (con traslado a CEM Inocencio Jiménez se pierden días guardia) con 4669 totales. Con una demora media prospectiva de 38.8 días con 145 pacientes pendientes en buzón.
La demora se ha incrementado de forma creciente tras el traslado a Inocencio Jiménez al realizar guardias de presencia física en el HCU en horario de mañana y perder ese día de consulta
Se ha hecho un mejor filtro de solicitudes desde AP con la introducción de interconsulta virtual. Es imprescindible conseguir que los volantes sean sólo electrónicos y no en papel (siguen llegando todavía desde AP y especializada).
La historia electrónica facilitará la salida al alta por curación, mejoría o edad con información para AP de todo paciente. La Dra Mabry de forma piloto ha iniciado el uso del Curso clínico.
Desde la Sección se mantiene contacto regular con las Asociaciones de familiares de pacientes y dos reuniones de equipo y de sección semanales. Ello nos ha permitido conocer que tenemos un área de mejora en la transmisión de información con las familias y necesidad de CI en padres separados.
Al crearse la USMIJ Calatayud se derivó a todos los pacientes sectorizados allí con informe pormenorizado de alta.
Este proyecto puede mejorar la calidad asistencial y la satisfacción de profesionales, familias y usuarios al incrementar la información documentada.

RESULTADOS ESPERADOS
Informatizar definitivamente el filtro de solicitudes desde AP y especializada.

Mejorar la satisfacción de las familias de usuarios menores de edad en cuanto a accesibilidad, menor tiempo de espera, documentación, criterios de alta, mejora de información.

Mejorar acceso/derivación mediante divulgación de criterios e informe protocolizado escrito o digitalizado

Realizar detección y protocolización de consentimiento informado en caso de padres separados para entrevista, realización de pruebas

Disponer de documentos informativos psicoeducativos por escrito para familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH

Disponer de folleto con la cartera de servicios y las funciones de los miembros del equipo interdisciplinar de la USMIJ.

Realizar informe de derivación a UHIJ, USM Adultos, UTCA adultos, incluyendo informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería

MÉTODO
Informatización definitiva filtro de solicitudes AP y especializada.

Plan de comunicación con folletos para mejora satisfacción de familias de usuarios menores de edad en cuanto a accesibilidad, menor tiempo de espera, documentación, criterios de alta, mejora de información.

Documento para divulgación de criterios derivación e informe protocolizado escrito o digitalizado.

Documento consentimiento informado en caso de padres separados para entrevista, realización de pruebas

Documentos informativos psicoeducativos por escrito para familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH

Folleto con la cartera de servicios y las funciones de los miembros del equipo interdisciplinar de la USMIJ.

Informe de derivación a UHIJ, USM Adultos, UTCA adultos, incluyendo informe de Continuidad de Cuidados de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1082

1. TÍTULO

GESTIÓN POR PROCESOS EN ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL USMIJ SECTOR III

Enfermería.

Reuniones semanales del equipo USMIJ para realizar documentos y con USMA, UHIJ, UTCA adultos.

INDICADORES
Informatizar todas solicitudes desde AP
Nº de solicitudes electrónicas y en papel: 100% electrónicas a fin de año.
Nº de solicitudes rechazadas 5-10%

Aumentar la satisfacción entre las familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH Nº de folletos entregados de TCA, TDAH, TEA: 100-400

Aumentar satisfacción de familias
Nº de folletos entregados com cartera de servicios y funciones del equipo: 100-400

Medida (de 1 a 10) de satisfacción de familias: 5-10

Mejorar transición a USM adultos
Número de pacientes derivados con informe: 75%-100%.

DURACIÓN
Doce meses de enero a diciembre de 2019
Plan de comunicación mejora satisfacción de familias de usuarios menores de edad: Silvia Mabry

Consentimiento informado padres separados: Eva Garcés.

Folletos TCA, TDAH, TEA: Pedro Ruiz.

Folletos cartera servicios y funciones de equipo USMIJ: José Manuel Lobán.
.
Encuesta de satisfacción a familias: Ana Barrera

OBSERVACIONES
Población diana menoresde 18 años

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1250

1. TÍTULO

GUIA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

Fecha de entrada: 18/02/2020

2. RESPONSABLE ..... VALERO PEREZ CAMO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODENES CERVERA IVAN
SANCHEZ DE BERRIZ CARMEN
SANJULIAN LOPEZ JUANA
VILLAGRASA BLASCO BEATRIZ
BALLESTIN MIGUEL MARIA JESUS
MILLAN FERNANDEZ BERTA
ASO GRACIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones para debatir y concretar la elaboración de la Guía.
- Búsqueda bibliográfica
- Recopilación de los distintos documentos relacionados que se están utilizando en las Unidades del Servicio de Psiquiatría.
- Recogida de sugerencias de los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Recogida de sugerencias del personal recientemente incorporado al Servicio de psiquiatría.
- Elaboración del esquema para organizar los contenidos de la GUIA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos elaborado la Guía de acogida al personal de nueva incorporación al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

Hemos elaborado el Documento de Recogida del Manual y la Declaración de su conocimiento y comprensión.

Hemos creado el Registro de Nuevas Incorporaciones al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
UNA DE LAS DIFICULTADES IIMPORTANTES CON LA QUE NOS HEMOS ENCONTRADO HA SIDO LA DIFICULTAD PARAORGANIZAR REUNIONES DEL EQUIPO DE TRABAJO. aL SER UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR Y POR TANTO CON DIFERENTES HORARIOS, TURNOS ETC. LA PLANIFICACIÓND E LAS REUNIONES HA SIDO A VECES DIFICULTOSA.
Nos ha quedado pendiente la puesta en marcha de la guía . Para ello presentaremos un nuevo programna de calidad que será continuación de este.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1250 ========== ***

Nº de registro: 1250

Título
GUIA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

Autores:
PEREZ CAMO VALERO, RODENES CERVERA IVAN, SANCHEZ DE BERRIZ CARMEN, SANJULIAN LOPEZ JUANA, VILLAGRASA BLASCO BEATRIZ, BALLESTIN MIGUEL MARIA JESUS, MILLAN FERNANDEZ BERTA, SO GRACIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1250

1. TÍTULO

GUIA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
3.1.- Evaluación
La política de calidad del servicio de Psiquiatría se encuentra en fase de revisión y reforma. Frente a la línea seguida en todos los años anteriores que se traducía en numerosos planes de calidad pero que a la larga aportaban poco a una mejora de la calidad global del servicio este año se ha adoptado un criterio diferente: muchos menos planes pero todos alineados en una misma dirección: organizar estructuralmente el servicio basándolo en un modelo de Gestión por Procesos.
En este primer año se van a elaborar planes de calidad en relación a los procesos de entrada y salida en el servicio. Todas la diferentes unidades van a elaborar un plan de calidad relacionado con este aspecto. El plan que proponemos es un plan global respecto a la acogida del nuevo personal que se incorpore a trabajar al servicio.
Las nuevas incorporaciones de personal a puestos de trabajo en las distintas Unidades del Servicio de Psiquiatría es un hecho habitual y de magnitud considerable. Existen numerosas razones: provisión de plazas fijas, traslados, acoplamientos de personal fijo dentro de la institución, excedencias, coberturas por incapacidad temporal, vacaciones, permisos, etc. Por otro lado, desde el punto de vista docente, periódicamente se incorporan profesionales en formación que realizan la correspondiente especialidad durante la residencia de Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Máster de Trabajo Social en Salud Mental, FOCUSS, etc.
Al inicio de la relación laboral son numerosas las dudas relacionadas con las competencias del puesto de trabajo, la organización del servicio, expectativas de promoción,…Estas personas pueden llegar a experimentar ansiedad, estrés, temores por la falta de referencia lógica derivada del desconocimiento del medio laboral.
Por otro lado, la variedad de actuaciones y la complejidad del medio precisa de un procedimiento de acogida que, siguiendo una línea homogénea en las distintas unidades, facilite que el nuevo trabajador se integre, sea operativo y eficaz en el menor tiempo posible.
El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.
Para ello, se considera necesario disponer de un documento común en el Servicio de Psiquiatría, que permita una actuación homogénea en las Unidades que lo forman, ante las nuevas incorporaciones de personal a los distintos puestos de trabajo, siendo el objetivo elaborar la Guía referida en el título.

RESULTADOS ESPERADOS
3.2.- Oportunidades de Mejora para 2019
- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

MÉTODO
- Búsqueda bibliográfica
- Recopilación de los distintos documentos relacionados que se están utilizando en las Unidades del Servicio de Psiquiatría.
- Recogida de sugerencias de los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Recogida de sugerencias del personal recientemente incorporado al Servicio de psiquiatría.
- Elaboración del esquema para organizar los contenidos de la GUIA.

INDICADORES
Objetivo 1: Elaborar Guía de acogida al personal de nueva incorporación al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".
Indicador 1: Si / NO

Objetivo 2: Elaborar Documento de Recogida del Manual y la Declaración de su conocimiento y comprensión.
Indicador 2: SI / NO

Objetivo 3: Crear Registro de Nuevas Incorporaciones al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
Indicador 3: SI / NO

Objetivo 4: Garantizar la distribución de la Guía
Indicador 4: Nº Total de guías entregadas / Nº Total de nuevas incorporaciones x 100

Objetivo 5: Garantizar el conocimiento de los contenidos de la Guía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1250

1. TÍTULO

GUIA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

Indicador 5: Nº Total de Documentos de Recogida firmados / Nº Total de nuevas incorporaciones x 100

DURACIÓN
Fecha de inicio: Febrero-2019
Fecha de finalización: 15 de Diciembre de 2019
Calendario:
Febrero: Realización del programa
Marzo - abril: Búsqueda de bibliografía, documentos y recogida de sugerencias.
Mayo-junio: Análisis de los contenidos, elaboración de resultados y conclusiones.
Septiembre- octubre: Redacción de los diferentes apartados de la guía
Noviembre presentación al resto del equipo de Calidad 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 - 2019/1355

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y DE ALTA/DERIVACIÓN EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL (UCE PSQIJ) DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MAITE ARANZAZU ZAPATA USABEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLA TALAYERO BEATRIZ NATIVIDAD
GARMENDIA GUINEA DOLORES
VICO RUBIO MAURICIA PILAR
BLANCO JUSTO PABLO
RADA RAMIRO JAVIER
ROBLES ANDRES MARIA
BASTAROS MARTINEZ INES ROXANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han cumplido todos los plazos establecidos:
Marzo–mayo 2019:
- Reuniones multidisciplinares del equipo de la UCE PSQ IJ. Creación de grupos de trabajo.
- Distribución de trabajo en paralelo, y puestas en común de consenso en reunión quincenal.
- Definición de actuación de Psiquiatría, psicología, Enfermería, Trabajo social y profesor en cada uno de los procesos
- Establecimiento de criterios de admisión, alta y derivación en UCEPSQIJ, puestos por escrito y a disposición del personal de la unidad y de otros dispositivos.
- Creación de Checklist de cumplimiento de procesos.
- Creación encuesta satisfacción paciente y familia
Junio–diciembre 2019:
- Presentación a nivel de equipo de los criterios establecidos tanto al ingreso como al alta/derivación
- Coordinación focal de los responsables de calidad con los agentes implicados: equipos de USMIJ, Hospital de día IJ, Hospital PRISMA, otros recursos de SM, a los que se les comunicó cambios y mejoras en los ámbitos trabajados. Presentación plan de actuación a centros derivantes (USMIJ; Hospital de Día IJ; PRISMA; Otros Centros)
- Cumplimiento por parte de pacientes y familia de las encuestas de satisfacción
Diciembre 2019:
- Evaluación de los indicadores
- Memoria de actividad de la UCEPSQIJ
MATERIAL
- Checklist de cumplimiento de procesos.
- Encuesta satisfacción paciente y familia
- Documento con las actuaciones por parte de cada miembro del equipo, así como criterios de admisión, alta y derivación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se consideraba el estándar alcanzar al menos el 80%.
INGRESOS:
Derivaciones bien cumplimentadas desde las Unidades de salud mental Infanto juvenil (USMIJ): El 89,88% estaban bien cumplimentadas. El estándar marcado era de igual o mayor al 80%, por lo que se considera un buen resultado. Hubo comunicación con las USMIJ para pedirles mínimos datos exigidos en la derivación.
- Informes alta Psiquiatría PRISMA/ITA estaba bien cumplimentados el 80%. También se trasmitió a los equipos de PRISMA la necesidad de unos datos mínimos. Desde entonces mejoría clara, esperando que la cifra de bien cumplimentados ascienda este año.
- No se recibieron Informes alta Enfermería PRISMA/ITA. Es uno de los aspectos que es preciso mejorar.
- Las derivaciones fueron preferentes en un 41,46% y urgentes un 58,54%.
- Tiempo de demora desde solicitud hasta ingreso: El 94,31% ingresaron dentro de los 4 días posteriores a la solicitud. Este ítem, aunque bueno sería necesario mejorarlo, ya que hay pacientes que ingresan incluso más de una semana después. Se consigue ingresar en los 4 días posteriores a la petición del ingreso porque hay pacientes que ingresan en Centro privado (PRISMA) ante la falta de camas de nuestra unidad.
- El 15,45% procedían de urgencias. El 18,70% del área I, 12,20% área II, 19,51% área III, 9,76% área IV, 2,44% área V, 9,76% PRISMA, 12,19% otros. La cifra de derivaciones desde PRISMA es alta, pero resalta de nuevo el problema de falta de camas en Salud mental Infanto juvenil en Aragón.
- Del 18,7% que proceden de otros centros el 73,91% se trasladaron a nuestra unidad en los primeros 4 días. Otro indicador a mejorar: más del 25% tardan en ser trasladados al sistema público, debido a que ante la falta de camas se da prioridad a los pacientes que están en su domicilio.
- Se comunicó el ingreso a Fiscalía de menores en un 100%.
- Se solicitó analíticas en 97,56%
- Ingresos involuntarios fueron el 10,57%. El 89,43% fueron voluntarios.
- El 61,79% fueron ingresos programados. Aunque lo ideal son ingresos programados, esto en una unidad de agudos es muy difícil, ya que hay pacientes que ingresan desde urgencias y donde no es posible la demora del ingreso.
- Hª Clínica Psiquiatría/ psicología hecha en 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1355

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y DE ALTA/DERIVACIÓN EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL (UCE PSQIJ) DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

- Se contactó con familiares/tutores del ingreso/psiquiatra de guardia/ Centro de derivación/ Psiquiatra de referencia en el 100% de los casos
- Preparación documentación y Presentación del equipo a acompañantes y pacientes, Presentación de las instalaciones, Recogida de pertenencias y registro de las mismas, Proporcionar pijama de la unidad, Realizar acogida acompañantes, Firma consentimiento ingreso, Realizar acogida al paciente, Entregar y explicar hoja informativa a acompañantes, Citar acompañantes con facultativos, Realizar valoración de enfermería al paciente, Dar de alta en Intranet al paciente, Elección dieta con paciente, Introducción dieta en programa, y Confirmar órdenes de tratamiento (unidosis): 100%
- Se cursaron analíticas en el 95,94%.
- Firma autorización contacto con centro escolar y contacto: 69,92%. El resto no procedía por vacaciones o no realizar estudios.
- El 64,23% de los pacientes fueron valorados por Trabajo social. Consideramos que dada la complejidad de los pacientes que ingresan, deberían ser valorados por trabajo social el 100% (sería preciso una trabajadora social a tiempo completo).

ALTAS/DERIVACIÓN:
- Coordinación con terapeuta de referencia en el 98,37%
- Se solicitó cita postalta en el 95,93%
- Explicar y entregar informe de alta en el 100%
- Coordinar con enfermero especialista en SM de referencia en el 82,92%
- Realizar informe de continuidad de cuidados, Entregar encuesta de satisfacción a pacientes y familiares, Entregar pertenencias a acompañantes, Dar de alta en intranet, Avisar servicio de limpieza: 100%.
- Coordinación con centro escolar: 100% de los contactados al ingreso.
- Informes realizados al alta por trabajo social: 25%. Este indicador también es necesario mejorarlo.

ENCUESTAS SATISFACCIÓN (ES):
- Se realizaron el 100% de las encuestas a familiares y a pacientes.
- ES Familiares (13 Items; se puntúan de 0 a 10, siendo 10 excelente):

Información del funcionamiento, horarios de visita, Lugares de visita, Información sobre la evolución, contacto con profesionales según necesidad, Trato de los profesionales, Trato del profesional al familiar, mejoría del estado familiar, Limpieza, comodidad, seguridad, recomendaría la unidad: Puntuaciones por encima de 9 (rango 9,04 a 9,87).
Valoración general: 9,59
Muy buena valoración por los familiares de la unidad.
- ES Pacientes (11 Items; se puntúan de 0 a 10, siendo 10 excelente):

Información sobre el funcionamiento (9,32), horarios de visita (8,62), Lugares de visita (8,95), información continuada sobre la evolución de mi situación (8,40); contacto con profesionales según necesidad (9,11), Trato de los profesionales (9,30), valoración de las instalaciones (8,38), valoración comidas (7,83), valoración actividades (8,76)
UTLIDAD del ingreso: 90,83% lo consideraron útil.
VALORACIÓN GENERAL: 8,71.
Los pacientes puntúan más bajo que los familiares. Esto es debido no al trato de los profesionales sino principalmente por las instalaciones (que sería preciso mejorar) como por las comidas.

La recogida de datos se obtuvo de pacientes, familiares, profesionales de la unidad y de los dispositivos con los que se coordina. Todo a través del checklist y las encuestas de satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La replicación y sostenibilidad del proyecto es factible. A nivel de material, la documentación está creada, así como la base de datos para la recogida de los indicadores y archivada para que sea accesible al personal de la unidad. No hay costes económicos, siendo los costes el tiempo invertido para registrar lo que se hace, así como el de coordinación con los diferentes servicios. Este trabajo nos ha ayudado a ser más exhaustivos en nuestra labor diaria, corregir deficiencias y ser más conscientes de las limitaciones existentes.
Aunque a través del proyecto la coordinación con los diferentes dispositivos de salud mental infanto juvenil ha mejorado, seguimos considerando que sería preciso dar un paso más (tal vez con reuniones presenciales para el seguimiento de los pacientes y una mejor transición desde la unidad al resto de dispositivos). Hay determinados factores que ayudarían a la mejora de los indicadores, que se escapan de nuestras posibilidades (falta de camas en Aragón, instalaciones de la unidad, entre otras).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1355 ========== ***

Nº de registro: 1355

Título
PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y DE ALTA/DERIVACION EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL (UCEPSQIJ) DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1355

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y DE ALTA/DERIVACIÓN EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL (UCE PSQIJ) DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

Autores:
ZAPATA USABEL MAITE ARANZAZU, SOLA TALAYERO BEATRIZ, GARMENDIA GUINEA DOLORES, VICO RUBIO MAURICIA PILAR, BLANCO JUSTO PABLO, RADA RAMIRO JAVIER, ROBLES ANDRES MARIA, BASTAROS MARTINEZ INES ROXANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La UCEPSQIJ requiere de intervenciones inmediatas y de una adecuada coordinación entre los miembros del equipo. El momento de ingreso, el de alta y derivación son claves. Con este proyecto se trata de llevar a cabo un procedimiento de ingresos y alta/derivación, que permita a los miembros del equipo obtener el máximo rendimiento del trabajo y facilitar a todos los profesionales la coordinación con el resto de compañeros de otras categorías y con los centros derivantes

RESULTADOS ESPERADOS
. Definir la actuación de Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería en Salud Mental, Trabajo social y profesor, tanto en el momento de ingreso, como al alta/derivación
. Gestión de la recepción de solicitudes ingreso
. Gestión de ocupación de camas y lista de espera de forma más eficiente
. Gestión de respuesta a la derivación. Información al dispositivo que deriva.
. Mejorar coordinación entre los recursos derivantes y el Servicio receptor
. Mejora de la continuidad de cuidados tras alta.

MÉTODO
Reuniones multidisciplinares del equipo de la UCEPSQIJ. Creación de grupos de trabajo
Distribución de trabajo en paralelo, y puestas en común de consenso en reunión quincenal
Coordinación focal de los responsables de calidad con los agentes implicados: equipos de USMIJ, Hospital de día IJ, PRISMA, otros recursos.
Supervisión de los trabajos y revisión de logros desde Comisión de Calidad del servicio
Creación de Checklist de cumplimiento de procesos
Asesoramiento si fuese preciso por expertos en calidad del Servicio Aragonés de Salud
Memoria anual de resultados

INDICADORES
INGRESOS:
Derivaciones bien cumplimentadas USMIJ NO=0; SI=1; 2= NO PROCEDE
Informes alta Psiquiatría PRISMA/ITA bien cumplimentado NO=0; SI=1; 2= No PROCEDE
Informes alta Enfermeria PRISMA/ITA bien cumplimentado NO=0; SI=1; 2= No PROCEDE
Derivaciones ordinarias, preferentes, urgentes ORD= 1; PREF=2; URG=3
Tiempo de demora desde solicitud hasta ingreso NO PROCEDE= 0; 0-4 días= 1; 5-9= 2; 10-14=3; 15-19=4; >20=5
Lugar de procedencia Urgencias=0; USMIJ I=1; USMIJ II=2; USMIJ III=3; USMIJ IV= 4; USMIJ V=5; PRISMA=6; OTROS=7
Tiempo para recuperar a paciente de otros centros (PRISMA) NO PROCEDE= 0; 0-4 días= 1; 5-9= 2; 10-14=3; 15-19=4; >20=5
Comunicación a Fiscalia de menores NO=0; SI=1
Solicitar analiticas NO=0; SI=1
Ingresos involuntarios NO=0; SI=1
Ingresos programados NO=0; SI=1
Hª Clinica Psiquiatría/ psicología NO=0; SI=1
Contacto con familiares/tutores del ingreso/psiquiatra de guardia/ Centro de derivación/ Psiquiatra de referencia NO=0; SI=1
Preparación documentación NO=0; SI=1
Presentación del equipo a acompañantes y pacientes NO=0; SI=1
Presentación de las instalaciones de la unidad NO=0; SI=1
Recogida de pertenencias y registro de las mismas NO=0; SI=1
Proporcionar pijama de la unidad NO=0; SI=1
Realizar acogida acompañantes NO=0; SI=1
Firma consentimiento ingreso NO=0; SI=1
Realizar acogida al paciente NO=0; SI=1
Entregar y explicar hoja informativa a acompañantes NO=0; SI=1
Citar acompañantes con facultativos NO=0; SI=1
Realizar valoración de enfermería al paciente NO=0; SI=1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1355

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y DE ALTA/DERIVACIÓN EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL (UCE PSQIJ) DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

Dar de alta en Intranet al paciente NO=0; SI=1
Elección dieta con paciente NO=0; SI=1
Introducción dieta en programa NO=0; SI=1
Confirmar órdenes de tratamiento (unidosis) NO=0; SI=1
Cursar analíticas NO=0; SI=1
Firma autorización contacto centro escolar NO=0; SI=1; NO PROCEDE=2
Contacto centro escolar NO=0; SI=1; NO PROCEDE=2
Valoración por trabajo social NO=0; SI=1
ALTAS/DERIVACIÓN:
Coordinación con terapeuta de referencia NO=0; SI=1
Solicitar cita NO=0; SI=1
Explicar y entregar informe de alta NO=0; SI=1
Coordinar con enfermero especialista en SM de referencia NO=0; SI=1
Realizar informe de continuidad de cuidados NO=0; SI=1
Entregar encuesta de satisfacción a pacientes y familiares NO=0; SI=1
Entregar pertenencias a acompañantes NO=0; SI=1
Dar de alta en intranet NO=0; SI=1
Avisar servicio de limpieza NO=0; SI=1
Coordinación con centro escolar NO=0; SI=1; 2= NO PROCEDE
Nº de informes realizados NO=0; SI=1
ENCUESTAS SATISFACCIÓN
¿Realizada encuesta satisfacción padres? NO=0; SI=1
¿Realizada encuesta satisfacción paciente? NO=0; SI=1

DURACIÓN
Calendario:
Marzo–mayo 2019:
- Establecimiento de criterios de admisión, alta y derivación en UCEPSQIJ
- Definición de actuación de Psiquiatría, psicología, Enfermería, Trabajo social y profesor en cada uno de los procesos
- Creación encuesta satisfacción paciente y familia
Junio–septiembre 2019:
- Presentación plan de actuación a centros derivantes (USMIJ; Hospital de Día IJ; PRISMA; Otros Centros)
- Presentación a nivel de equipo de los criterios establecidos tanto al ingreso como al alta/derivación
Octubre – noviembre 2019:
- Evaluación de los indicadores
Diciembre 2019:
Memoria de actividad de la UCEPSQIJ

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 - 2019/0348

1. TÍTULO

EVALUACION DEL RENDIMIENTO TRAS LA IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DERADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... DAVID IBAÑEZ MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA SAEZ MARIA PILAR
GUILLEN ANTON JULIA
DE BENITO AREVALO JOSE LUIS
FEIJOO AGESTA ROSA
PINTADO RIVAS PILAR
NAVAS CAMPO RAQUEL
MORENO CABALLERO LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la aprobación del presente proyecto de mejora se han llevado a cabo dos reuniones con el Subdirector de Servicios Quirúrgicos, la Jefa del Servicio de Anestesia y Reanimación, la Supervisora de SS. Quirúrgicos y el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico y, posteriormente, una tercera reunión con el actual Jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación con el resto de participantes.
En dichas reuniones se ha puesto en común los criterios de inclusión para la realización de la radiografía simple de tórax como estudio preoperatorio y se han establecido los criterios de indicación y de exclusión de pacientes, se ha estimado qué recursos son necesarios o deben modificarse en el Servicio de Radiodiagnóstico para su implementación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En una revisión preliminar a la implantación definitiva, habiendo iniciado una programación provisional, se ha observado algunos cambios destacables. Durante el año 2017, como referencia de lo que ha sido habitual hasta ahora, se realizaban una media de 20 radiografías simples de Tórax al día, de las cuales 17 se realizaban por debajo de los 65 años recomendados según las guías actuales de práctica clínica, siendo 14 de ellas en menores de 50 años.
Actualmente, el promedio de estudios ha experimentado una ligera reducción (17 estudios preoperatorios por día, una reducción del 15%), de manera que el número de estudios realizados en menores de 65 años ha descendido a 10 (una reducción del 42%) y en menores de 50 años a 3 pacientes por día (una reducción del 80%).
Estas cifras implican una marcada reducción de la radiación innecesaria en población joven, así como del uso de recursos y gasto económico).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la última reunión mantenida entre el Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico, el Jefe sde Servicio de Anestesia y Reanimación y el Subdirector de SS. Quirúrgicos se establecieron los criterios de inclusión de pacientes a los que se mantendría la indicación de radiografía de tórax preoperatoria, quedando excluido el resto de aquéllos a los que se les venía practicando.
En esa reunión, el Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico expuso que el horario y turnos de los facultativos de Radiodiagnóstico no podrían modificarse en función de los cambios que pudieran producirse en el horario de atención en consulta de Anestesia. De esta manera, estudios realizados por la tarde serían informados al siguiente día. También se expuso que la realización de radiografías de tórax en el turno de tarde, representa una agenda inexistente actualmente, por lo que habría que adecuar el número de Técnicos en Radiología (TER) a la nueva situación.
El acuerdo alcanzado en la última reunión, de 15 de Octubre de 2019, sobre los criterios del uso de la radiografía preoperatoria de tórax y pendiente de incluirse en un protocolo definitivo se transcribe a continuación.
La tasa de pacientes no indicados debería ser próxima a 0 en futuros controles

CRITERIOS DE SOLICITUD DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PREOPERATORIO DE CIRUGÍA PROGRAMADA
1.- PACIENTE MAYOR DE 65 AÑOS QUE VA A SER SOMETIDO A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, QUE REQUIERA ANESTESIA GENERAL Y SIN RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES.
2.- PACIENTE CON ANTECEDENTE PERSONAL DE CARDIOPATÍA, ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA, SAOS, OBESIDAD MÓRBIDA, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.
3.- PACIENTE CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA AGUDA O CRÓNICA ESTABLE, PERO CON NUEVA SINTOMATOLOGÍA O QUE NO SE LE HA REALIZADO RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.
4.- PACIENTES ASINTOMÁTICOS FUMADORES DE MÁS DE 20 CIGARRILLOS AL DÍA Y QUE NO TENGAN RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.
5.- PACIENTES ONCOLÓGICOS CUYO ESTUDIO DE EXTENSIÓN NO INCLUYA TC TORACICA.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0348

1. TÍTULO

EVALUACION DEL RENDIMIENTO TRAS LA IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DERADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Queda pendiente una última reunión entre los participantes en esas reuniones y la Jefe de Servicio de Admisión, para concluir en el protocolo definitivo y que se espera llevar a cabo próximamente.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/348 ========== ***

Nº de registro: 0348

Título
EVALUACION DEL RENDIMIENTO TRAS LA IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Autores:
IBAÑEZ MUÑOZ DAVID, GARCIA SAEZ MARIA PILAR, GUILLEN ANTON JULIA, DE BENITO AREVALO JOSE LUIS, FEIJOO AGESTA ROSA, PINTADO RIVAS PILAR, NAVAS CAMPO RAQUEL, MORENO CABALLERO LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
Hasta el momento actual la radiografía de tórax preoperatoria ha representado una de las pruebas utilizadas para prevenir complicaciones quirúrgicas y detectar patología relevante respecto de la intervención. Estas pruebas complementarias preoperatorias no pueden sustituir el papel de la historia y la exploración clínica del paciente.
Los estudios actuales han demostrado que la realización de la radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria rara vez influye en la toma de decisiones del médico en casos de cirugía programada, aporta radiaciones ionizantes innecesarias en muchos casos y no es coste-efectiva.
Las guías actuales de las sociedades de anestesiología y radiología han aportado estas conclusiones y limitan la indicación de la misma a unos pocos casos en los que aumenta la probabilidad de hallazgos significativos.
La utilización indebida y el exceso de solicitudes de dichas radiografías suponen un incremento en el coste y en el tiempo de ocupación de sala de RX que impide utilizar la misma para estudios más rentables e indicados. También implica un aumento de la radiación en población joven, con mayor riesgo de desarrollar enfermedades inducida por la misma.
En el momento actual se están llegando a realizar radiografías a adolescentes sin justificación alguna. Ello supone un incremento de ocupación de tiempo de sala que impide realizar en el mismo equipo exploraciones realmente necesarias, con el incremento que ello supone en las listas de espera

RESULTADOS ESPERADOS
-Estandarizar el uso del nuevo protocolo de radiografía de tórax preoperatoria en un hospital de tercer nivel, de manera que se disminuya la realización sistemática del mismo en casos no indicados, fundamentalmente en personas jóvenes en las que aumenta el riego por radiación acumulada. La población diana del mismo son todas aquellas personas que acudan a la consulta de anestesiología previo a un procedimiento quirúrgico.

-Reducir el porcentaje de radiografías de tórax preoperatorias innecesarias en un 25% respecto al mismo período de tiempo previo a su instauración

-Reducir la radiación innecesaria en pacientes jóvenes

-Cuantificar el ahorro derivado de las radiografías innecesarias no realizadas.

-Este proyecto implica directamente en su realización a los servicios de radiodiagnóstico y anestesiología, y en su aplicación a todo médico peticionario de estudios radiológicos preoperatorios.

MÉTODO
Las actividades que se pretenden realizar son:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0348

1. TÍTULO

EVALUACION DEL RENDIMIENTO TRAS LA IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DERADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

- Realizar un protocolo actualizado de radiografía de tórax preoperatoria entre los Servicios de Radiología y Anestesiología mediante un máximo de 3 reuniones consecutivas, basándose en la literatura actual más relevante
- Dar a conocer el protocolo a todo el personal médico del hospital mediante una sesión en el salón de actos del centro.
- Enseñanza a los técnicos de radiodiagnóstico con 3 sesiones informativas sobre las indicaciones fundamentales por el responsable del grupo de mejora, ya que ayudarán en la detección de fallos en la implantación del protocolo.

INDICADORES
Los indicadores seleccionados para este trabajo son:

- Valorar el porcentaje de reducción de radiografías de tórax innecesarias realizadas, comparando las exploraciones realizadas previo a la implantación del protocolo y a los 3 meses de la misma, cuantificado durante un período de los 6 meses siguientes:
? Sumatorio RX tórax preoperatorios en 6 últimos meses 2019 / sumatorio RX tórax preoperatorios en 6 últimos meses de 2017
- Determinar la reducción de los costes por las exploraciones innecesarias evitadas, cuantificado por unidades relativas de valor

DURACIÓN
La duración y calendario previstos son:
Fecha de inicio: Marzo de 2019
Fecha de finalización: Diciembre de 2019

Elaboración del protocolo: 2 meses.
Presentación del mismo a médicos y técnicos de radiodiagnóstico: 1 semana
Información a los servicios hospitalarios peticionarios: 1 sesión
Implantación y rodaje del mismo: 3 meses
Registro de exploraciones realizadas: 6 meses
Cuantificación y memoria de resultados:2meses

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 - 2019/0384

1. TÍTULO

DESARROLLO DE ESTUDIO DE POSTPROCESADO DE TECNICAS DE RESONANCIA MAGNETICA. OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADQUISICION E INDICACIONES EN NEURORRADIOLOGIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO SAEZ VALERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE
CASTILLO LARIO CARMEN
LOPEZ IBAÑEZ TOMAS
BAZ BARSELO NATIVIDAD
GORMEDINO HERRERO JOSE LUIS
NAVAS CAMPO RAQUEL
GESUALDO DE LA CRUZ ANGEL JOAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde enero de 2019, una vez programados los protocolos de estudio actualizados, en base a las capacidades técnicas del aparato y las necesidades diagnósticas en el ámbito de la neurorradiología actual, se comenzó a realizar estudios de neuroimagen avanzada, en primer lugar espectroscopía y perfusión cerebral para el diagnóstico y monitorización de tumores cerebrales, y posteriormente, RM funcional, fundamentalmente RM funcional para estudio de área motora del córtex cerebral y tensor de difusión para realización de tractografía cerebral.
Respecto los estudios funcionales, primero se realizaron estudios con voluntarios sanos trabajadores del HCU, mayoritariamente del servicio de radiodiagnóstico para entrenar la realización de la técnica.
Además, se realizaron secuencias de RM con tensor de difusión (RM DTI) para estudio de tractografía cerebral en pacientes sin sospecha de patología en las vías nerviosas para afianzar la técnica y, posteriormente poder aplicarla en pacientes subsidiarios de necesitar dicho estudio.
Por otra parte, desde enero de 2019, se han incorporado secuencias en fase y fuera de fase al protocolo de adquisición de RM para el estudio de enfermedad infiltrativa vertebral, con el fin de mejorar la precisión diagnóstica de la RM.

Una vez conseguido el primer objetivo deincorporar estas nuevas técnicas, hemos evaluado los resultados obtenidos mediante su aplicación práctica. Para valorar los estudios de espectroscopía y perfusión se ha seleccionado al azar una muestra de 20 estudios de pacientes con lesiones cerebrales a las que se les ha realizado perfusión o espectroscopía, comprobando si los resultados han sido útiles para el diagnóstico. Para ello se ha comparado el diagnóstico basado en técnicas avanzadas con el diagnóstico definitivo.
De la misma manera, hemos revisado los resultados de en pacientes en los que se estudió la señal de la médula ósea vertebral mediante secuencias de difusión o secuencias en fase y fuera de fase, ambas de reciente incorporación en los protocolos de estudio de patología vertebral en nuestro centro.
También se han registrado todos los estudios de RM funcional, en este caso todos los realizados debido a su menor cuantía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 20 casos de lesiones cerebrales, estudiados con técnicas avanzadas que hemos seleccionado, a 12 se les realizó un estudio de RM perfusión y a 11 estudio espectroscopía. En 5 de estos pacientes se realizó simultáneamente estudio de espectroscopía y perfusión.
De los 12 estudios de perfusión, 8 fueron útiles para el diagnóstico, lo que supone el 66,6%, mientras que en el 33% de los casos restantes, el estudio resultó no concluyente, haciéndose el diagnóstico fundamentalmente basándonos en las secuencias tradicionales de RM.
Respecto a la RM espectroscopía, 7 fueron útiles para el diagnóstico (63.6%) y en 4 (36,36%) no ayudó al diagnóstico.
Respecto a los estudios de difusión y secuencias en fase y fuera de fase, de los 10 casos revisados, en 5 se realizó estudio de difusión y secuencias en fase y fuera de fase, en 4 sólo secuencias en fase y fuera de fase y en otro solamente estudio de difusión. Cabe reseñar que en todos ellos las secuencias fueron útiles para el diagnóstico, que los hallazgos de difusión y fase y fuera de fase fueron congruentes entre sí en todos los pacientes en los que se le realizaron ambas secuencias. Además, en uno de los casos, estas secuencias son claramente más sensible que las secuencias convencionales y en otro resulta más sensible que el PET, ya que dado el pequeño tamaño de la lesión no se detecto en el PET.
Respecto los estudios de RM funcional, tras afianzar la técnica con voluntarios sanos se han realizados 2 estudios motores con buenos resultados y otro estudio funcional del habla subóptimo, constatando la necesidad de mejorar dicha técnica.
Respecto los estudios de tractografía cerebral tras realización de 10 estudios en pacientes sin sospecha de patología para entrenar la técnica, se realizaron dos estudios en dos pacientes subsidiarios de estudio de tractografía por daño cerebral, resultando la técnica útil en los dos casos, en uno de ellos demostrando adelgazamiento de tracto cortico espinal en una lesión axonal difusa de origen traumático y en otro demostrando la interrupción del mismo tracto debido a la presencia de tumoración glial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0384

1. TÍTULO

DESARROLLO DE ESTUDIO DE POSTPROCESADO DE TECNICAS DE RESONANCIA MAGNETICA. OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADQUISICION E INDICACIONES EN NEURORRADIOLOGIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos satisfactoria la implantación de la incorporación de las nuevas técnicas de neuroimagen avanzada para el estudio cerebral, ya que, desde la configuración de los nuevos protocolos de adquisición de imagen, se han ido realizando dichas pruebas.
Los estudios de espectroscopía y perfusión pueden considerarse útiles para el apoyo de los hallazgos de RM convencional, ya que de manera aislada sólo han sido útiles en el 63 y 66%. Si bien la muestra analizada es pequeña, concuerda con la idea establecida en la literatura médica de que estas secuencias son complementarias a las secuencias convencionales en casos seleccionados.
Cabe reseñar que las secuencias de difusión y estudios en fase y fuera de fase de médula ósea en columna vertebral han mostrado una gran utilidad para el estudio de enfermedad infiltrativa vertebral.

En los dos casos con sospecha de afectación de tracto corticoespinal, la realización de la RM ha sido satisfactoria, con resultados útiles y congruentes, por lo que a pesar de la escasa muestra consideramos que la técnica se está realizando satisfactoriamente.
Respecto los estudios funcionales, si bien el estudio motor se realiza con resultados congruentes, aún es necesario mejorar en la realización de RM funcional del habla. En base a estos resultados y debido a que la complejidad de la técnica y el escaso número de estudios requeridos en nuestro centro hasta el momento, dificultan una curva de aprendizaje rápida, pensamos que es necesaria una formación específica, lo que ya se ha planteado a la dirección del centro.

7. OBSERVACIONES.
En base a estos resultados y debido a que la complejidad de la técnica y el escaso número de estudios requeridos en nuestro centro hasta el momento, dificultan una curva de aprendizaje rápida, pensamos que es necesaria una formación específica, lo que ya se ha planteado a la dirección del centro.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/384 ========== ***

Nº de registro: 0384

Título
DESARROLLO DE ESTUDIO DE POSTPROCESADO DE TECNICAS DE RESONANCIA MAGNETICA. OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADQUISICION E INDICACIONES EN NEURORRADIOLOGIA

Autores:
SAEZ VALERO EDUARDO, GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE, CASTILLO LARIO CARMEN, LOPEZ IBAÑEZ TOMAS, BAZ BARSELO NATIVIDAD, GORMEDINO HERRERO JOSE LUIS, NAVAS CAMPO RAQUEL, GESUALDO DE LA CRUZ ANGEL JOAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Recientemente se han adquirido dos equipos de resonancia magnética en el sector 3 de salud, uno ubicado en el centro de especialidades Inocencio Jiménez y otro en el hospital clínico Universitario Lozano Blesa, operativo desde el mes de octubre de 2018 el primero y desde el mes de diciembre el segundo. La disponibilidad de aparatos de RM de nueva generación, han permitido realizar técnicas diagnóstica avanzadas como la perfusión cerebral y espectroscopía cerebral, así como estudios volumétricos y secuencias T2* gradiente que se han puesto en marcha desde el servicio de radiología.

Como toda técnica diagnóstica de nueva utilización necesita un tiempo de implantación, con una curva de aprendizaje basada en la revisión de la literatura disponible y la experiencia del propio centro .Por esto, para optimizar los resultados de estas nuevas técnicas es conveniente un seguimiento de los resultados obtenidos para poder mejorar la precisión diagnóstica y valorar la pertinencia de las indicaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0384

1. TÍTULO

DESARROLLO DE ESTUDIO DE POSTPROCESADO DE TECNICAS DE RESONANCIA MAGNETICA. OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADQUISICION E INDICACIONES EN NEURORRADIOLOGIA

RESULTADOS ESPERADOS
1-Valorar la precisión diagnóstica de los estudios realizados de perfusión y espectroscopía cerebral realizados en el año 2019.
2- Mejorar la precisión diagnóstica de los estudios de perfusión y espectroscopía realizados en el centro.
3- Correlacionar la precisión diagnóstica con el tipo de patología estudiada, con el fin de mejorar la precisión de las indicaciones.
4-Valorar la pertinencia de la utilización de secuencias T2* gradiente en función de la patología estudiada.

MÉTODO
Para ello se hará un seguimiento de los pacientes a los que se les realice estudios de perfusión o espectroscopía cerebral, con el fin de correlacionar la información diagnóstica de estas técnicas de RM y el diagnóstico definitivo con el gold estándar de cada patología.
Se realizarán reuniones periódicas de los integrantes de la sección de neurorradiología para revisar la rentabilidad diagnóstica de las secuencias T2* gradiente en función de la patología estudiada.

INDICADORES
Sensibilidad: verdaderos positivos/verdaderos positivos + falsos negativos.
Especificidad: verdaderos negativos/ verdaderos negativos + falsos postivos.
Sensibilidad y especificidad estratificada según tipo de patología (tumoral, infecciosa…).

DURACIÓN
Durante los 10 primeros meses se anotarán todos los pacientes a los que se realiza espectroscopía y difusión, realizando un seguimiento del paciente para anotar el diagnóstico definitivo si así se llega a tener.
Durante los dos últimos meses se realizará la correlación diagnóstica, con el cálculo de sensibilidad y especificidad diagnóstica.

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 - 2019/0843

1. TÍTULO

MANUAL DE RADIOLOGÍA DE URGENCIAS PARA EL RESIDENTE DE RADIODIAGNÓSTICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JAVIER SALCEDA ARTOLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE
GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE
BELLO FRANCO CARLOTA MARIA
RAMON Y CAJAL CALVO JUAN
MADARIAGA RUIZ BLANCA
JUAN CASTEJON ROBERTO
CARRO ALONSO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La principal actividad ha sido la elaboración de una primera versión de manual de la urgencia radiológica para los residentes del servicio.

El manual comprende dos bloques temáticos con la siguiente relación de capítulos:

Urgencias de radiología musculoesquelética.

- Generalidades de las fracturas en radiología.
- Radiología de las fracturas del miembro superior.
- Radiología de las fracturas del miembro inferior.

Urgencias de radiología abdominal.

- Radiología de la pancreatitis aguda.
- Radiología de la colecistitis aguda.
- Radiología de la apendicitis aguda.

Con el objetivo de organizar dicho manual se mantuvieron cuatro reuniones a lo largo de todos estos meses. Las fechas aproximadas y el contenido de las mismas fue el siguiente.

- Abril de 2019: para determinar los temas que potencialmente entrarían en el manual y repartir el trabajo.
- Junio de 2019: con el objeto de fijar el esquema de contenidos de cada tema.
- Octubre de 2019: reunión para evaluar el curso de los temas.
- Diciembre de 2019: para definir qué temas definitivamente iban a ser incluidos en el manual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado que se ha alcanzado es la realización de una primera versión de manual de radiología de urgencias destinado a los residentes de radiodiagnóstico. Ello, en sí mismo, supone un resultado objetivo y mensurable. Además, también es una mejora puesto que implica disponer de un primer texto de referencia en nuestro servicio para que la formación de los futuros radiólogos sea homogénea en torno a unos conocimientos mínimos.

Por cuestiones temporales no se ha podido realizar una evaluación mediante la evaluación en dos tiempos (previo a la lectura y posterior a la lectura) de los residentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
I. Conclusiones.

Primera: es posible realizar un manual de radiología de urgencias para residentes.

Segunda: resulta complejo manejar un equipo de muchas personas a la vez a la hora de desarrollar un texto extenso.

II. Recomendaciones.

Primera: los problemas surgidos por el intento de ejecución de un proyecto completo (un manual con mucha mayor extensión), deben hacer pensar que este tenga que ser ejecutado en diversas fases o por equipos pequeños centrados en un bloque temático.

Segunda: la elaboración del texto es una labor en sí misma, pero además es conveniente que exista un coordinador que permita un desarrollo armónico de cada una de los bloques temáticos en que se divida.

Tercera: también resulta necesario que exista un coordinador general para tratar directamente el desarrollo de cada una de las partes con cada uno de los coordinadores de los equipos de menor tamaño.

III. Labores pendientes de cara al futuro (bien mediante otros grupos de mejora u otro procedimiento).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0843

1. TÍTULO

MANUAL DE RADIOLOGÍA DE URGENCIAS PARA EL RESIDENTE DE RADIODIAGNÓSTICO

El bloque de radiología musculoesquelética de la urgencia puede ser completado con capítulos de:

- Luxaciones.
- Lesiones traumáticas de las partes blandas.

El bloque de radiología abdominal de la urgencia puede ser completado con, por lo menos, capítulos sobre:

- Diverticulitis aguda.
- Obstrucción intestinal.
- Abdomen agudo.

Asimismo, se pueden desarrollar otros bloques temáticos del manual.

Un bloque de neurorradiología urgente, con temas tales como:

- Patología cerebrovascular en la urgencia (manejo radiológico del ictus).
- Traumatismo craneoencefálico.
- Traumatismo craneofacial.
- Traumatismo raquimedular.

Un bloque de radiología vascular urgente con, por lo menos, un capítulo de:

- Síndrome aórtico agudo.

Un bloque de radiología torácica de la urgencia, con temas tales como:

- Patología parenquimatosa pulmonar y pleural urgente.
- Tromboembolia pulmonar.

Un bloque de la atención al paciente politraumatizado, de un solo tema:

- Atención radiológica del paciente politraumatizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/843 ========== ***

Nº de registro: 0843

Título
MANUAL DE RADIOLOGIA DE URGENCIAS PARA EL RESIDENTE DE RADIODIAGNOSTICO

Autores:
SALCEDA ARTOLA JAVIER, ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE, GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE, BELLO FRANCO CARLOTA MARIA, RAMON Y CAJAL CALVO JUAN, MADARIAGA RUIZ BLANCA, JUAN CASTEJON ROBERTO, CARRO ALONSO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
-Ausencia de manuales de residencia de radiodiagnóstico en España.
-Falta de estandarización en el aprendizaje de la semiología radiológica, técnica de adquisición de estudios radiológicos y del informe en radiología de urgencias.
-Necesidad de emplear un lenguaje homogéneo y de ejecutar las exploraciones siguiendo unos mínimos criterios de calidad diagnóstica.
-Reducción del tiempo de respuesta a una exploración y el tiempo de informe. -Cohesión del Servicio en torno

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0843

1. TÍTULO

MANUAL DE RADIOLOGÍA DE URGENCIAS PARA EL RESIDENTE DE RADIODIAGNÓSTICO

a una guía consensuada que reduzca las variabilidades entre los distintos residentes.

RESULTADOS ESPERADOS
-Redacción de un texto de referencia enfocado al residente de radiodiagnóstico para la práctica diaria de la radiología de urgencias.
-Aprendizaje del contenido del texto (indicaciones, técnica de adquisición y semiología de las principales pruebas radiológicas de urgencias) por parte de los residentes.
-Estandarización de estructura y homogeneización del lenguaje empleado en los informes de la radiología de urgencias.
-Reducción del tiempo de respuesta a una exploración, calidad y el tiempo de informe.

MÉTODO
-Reuniones periódicas con carácter mensual para evaluar el progreso y planificación.
-Revisión de textos bibliográficos actualizados basados en la evidencia cientifica.
-Redacción del manual.
-Difusión mediante sesiones radiológicas(online o presenciales).
-Mesas de discusión sobre la adecuación de la terminología y estructura del informe.

INDICADORES
-Realización de una evaluación teorico-práctica a los residentes de radiodiagnóstico previa a la difusión del manual y de una posterior a la difusión del mismo. Indicador: diferencia entre la media de las calificaciones.
-Auditorías sobre informes radiológicos de los residentes. Indicador: evaluar la utilización de plantillas de informes y terminología radiológica propuesta en el manual postdifusión del mismo.

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2019.
Fecha prevista de la evaluación predifusión: 1 de noviembre de 2019.
Fecha prevista para el comienzo de las sesiones radiológicas: 10 de noviembre de 2019.
Fecha prevista de la evaluación posdifusión: 25 de enero de 2020.
Fecha prevista de finalización: 1 de febrero 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 - 2019/0650

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA NECESIDAD DE GESTIONAR EL LU177M COMO RESIDUO RADIACTIVO

Fecha de entrada: 02/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PEDRO RUIZ MANZANO
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTEGA PARDINA PABLO
ALONSO ECHARRI MADDALEN
CHOVER DIAZ BEATRIZ
DIEZ CHAMARRO JAVIER
AGUIRRE COLLADO AURORA
BAQUERIZO CASTAN MARTA
MARTINEZ CASBAS CARLOS JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha evaluado la cantidad de Lu-177m que se tiene tanto en los viales que se reciben del suministrador como lo que queda en los residuos tras cada administración.
Se ha aplicado el procedimiento a los 55 tratamientos que se han registrado hasta la diciembre de 2019. Con los primeros 25 pacientes se presentó un trabajo en el congreso conjunto de la SEFM y la SEPR de Burgos en junio de 2019.
Se ha comparado los valores de la actividad y de la actividad específica de Lu-177m con los valores de exención.
Se comunicó este hecho al inspector del Consejo de Seguridad Nuclear encargado de la última inspección al Servicio de Física y Protección Radiológica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los datos recogidos hemos obtenido que el 1.5% de la actividad inicial del vial queda como residuo (en el vial residual o en las vías y agujas).
La actividad total de Lu-117m es siempre muy inferior al MBq que está establecido como límite de exención. Sin embargo, los Bq/gr de Lu-177m del líquido del vial residual superan los 10 Bq/gr. La legislación exige que para estar exento solo hay que cumplir una de las dos condiciones.
La tasa de dosis a 1 metro del paciente inicialmente ha sido de 24 ± 5 micro Sv/hora y la tasa de dosis a 1 metro el día de lata ha sido 6 ± 4 micro Sv/hora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad inicial y la residual de Lu-177m hace de que no sea necesario pedir autorización para este isótopo y que los residuos generados están también exentos de manera que su gestión no presenta problema alguno desde el punto de vista de la protección radiológica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/650 ========== ***

Nº de registro: 0650

Título
EVALUACION DE LA NECESIDAD DE GESTIONAR EL LU177M COMO RESIDUO RADIACTIVO

Autores:
RUIZ MANZANO PEDRO, ORTEGA PARDINA PABLO, ALONSO ECHARRI MADDALEN, CHOVER DIAZ BEATRIZ, DIEZ CHAMARRO JAVIER, AGUIRRE COLLADO AURORA, BAQUERIZO CASTAN MARTA, MARTINEZ CASBAS CARLOS JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Protección Radiológica de trabajadores y miembros de público
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0650

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA NECESIDAD DE GESTIONAR EL LU177M COMO RESIDUO RADIACTIVO

Otro tipo Objetivos: Protección Radiológica de trabajadores y miembros de público
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Lu-177 puede tener pequeñas cantidades de Lu-177 metaestable (Lu-177m), con una vida media de 161 días, que es un contaminante generado a partir de la producción de Lu-177. Según informe de UNITED STATES NUCLEAR REGULATORY COMMISSION de Junio de 2018, la contaminación de Lu-177m puede llegar a ser aproximadamente el 0.02 por ciento de la cantidad total de Lu-177. Nuestro suministrador nos indica que, en su caso, la contaminación es inferior al 0.009 por ciento. La gestión y declaración del Lu-177 se realiza según la autorización solicitada al CSN. Pero ante esta información, el inspector del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN) asignado a nuestro hospital ha planteado la posibilidad de tener que pedir autorización ante el CSN para el Lu-177m y gestionar los posibles residuos como residuos radiactivos no exentos.
La Instrucción IS/05 el CSN por la que se definen valores de exención, asigna al Lu-177m unos valores de exención de 1 MBq de actividad total (AT) y 10 Bq/g de actividad específica (AE).
La gestión de los residuos como residuos radiactivos no exentos implicaría:
1. Solicitar la modificación de la autorización de las instalación radiactiva de Medicina Nuclear

2. Establecer un protocolo de gestión de los residuos que contemple:
- Recogida de residuos tras la infusión del radiofármaco
- Recogida de residuos en caso de accidente
- Entrada de residuos en el Almacén Central de Residuos Radiactivos (ACRR)
- Almacenamiento de residuos en el Almacén Central de Residuos Radiactivos (ACRR)
- Cálculo de la fecha mínima de evacuación
- Salida de residuos en el Almacén Central de Residuos Radiactivos (ACRR)
- Registro de las operaciones en las que se vean involucrados los residuos
- Normas de Protección Radiológica en la manipulación de residuos

3. Dedicación de recursos en la práctica diaria:
- Tiempo de personal facultativo y técnico
- Espacio en el ACRR
- Materiales relacionados con la correcta gestión de los residuos

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es evaluar la necesidad de gestionar el Lu177m como residuo radiactivo de la instalación de Medicina Nuclear del HCULB para cumplir así con la legislación vigente.

MÉTODO
1) Realizar un procedimiento para evaluar la cantidad de Lu-177m que se tiene tanto en los viales que se reciben del suministrador como lo que queda en los residuos.

2) Aplicar el procedimiento a los tratamientos que se han registrado hasta la fecha con suficientes datos disponibles.

3) Comparar los valores de la actividad y de la actividad específica de Lu-177m con los valores de exención.

4) Extraer conclusiones y realizar comunicación de las mismas al inspector del Consejo de Seguridad Nuclear encargado de la última inspección al Servicio de Física y Protección Radiológica.

Tras cada administración se medirá el resto de actividad de Lu-177 que queda en el vial utilizando el mismo activímetro que se usa para la medida inicial del vial antes de su administración.

El vial residual pesa 50 gramos y está lleno de 25 ml suero contaminado. Tras la administración se introducirán en un contenedor los residuos las vías y agujas utilizadas. Se medirá su tasa de exposición en contacto y a un metro, y se pesará. A partir de estos datos se evaluará la actividad total y la actividad por gramo de Lu-177 y Lu-177m a través de la gamma del Lu-177 (0.007636 microSvm2/h.MBq) y de la fracción de contaminación de Lu-177m.

INDICADORES
Indicador1: Realización del procedimiento para evaluar la cantidad de Lu-177m que se tiene tanto en los viales que se reciben del suministrador como lo que queda en los residuos.
• Procedimiento realizado antes del 1 de abril de 2019. (Si/No)

Indicador2: Porcentaje de tratamientos evaluados de acuerdo con el procedimiento sobre los residuos de Lu-177 sobre los tratamientos registrados hasta la fecha.

Indicador3: Comparación de los resultados de las medidas llevadas a cabo con los valores de exención. (Si/No))

Indicador4: Comunicación de los resultados de las medidas llevadas al inspector del Consejo de Seguridad Nuclear. (Si/No)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0650

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA NECESIDAD DE GESTIONAR EL LU177M COMO RESIDUO RADIACTIVO

DURACIÓN
30 Abril 2019: Realización del procedimiento para evaluar la cantidad de Lu-177m que se tiene tanto en los viales que se reciben del suministrador como lo que queda en los residuos.
30 Junio 2019: Porcentaje de tratamientos evaluados de acuerdo con el procedimiento sobre los residuos de Lu-177 sobre los tratamientos registrados hasta la fecha.

30 Septiembre 2019: Comparación de los resultados de las medidas llevadas a cabo con los valores de exención. (Si/No))

31 Diciembre 2019: Comunicación de los resultados de las medidas llevadas al inspector del Consejo de Seguridad Nuclear. (Si/No)

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 - 2019/0685

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL NUEVO EQUIPO PET-TC

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER JIMENEZ ALBERICIO
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANELLAS ANOZ MIGUEL
GARCIA ROMERO ALEJANDRO
CHOVER DIAZ BEATRIZ
FERRER GONZALEZ MARIA LUISA
AGUIRRE COLLADO AURORA
MARTINEZ CASBAS CARLOS JAVIER
CASTEJON ANDRES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas se especifican a continuación en orden cronológico:

Febrero: Revisión de las recomendaciones en control de calidad PET-TC por parte de los miembros del equipo:
? Quality assurance for pet and PET/CT systems
International Atomic Energy Agency, 2009
? Control de calidad de la instrumentación de medicina nuclear
Sociedad Española de Física Médica, 2015
? PET/CT atlas on quality control and image artefacts
International Atomic Energy Agency, 2014

4-8 Marzo: Puesta en marcha del equipo con el técnico de aplicaciones de Siemens según el calendario de actividades que proporcionado por el fabricante.

11-15 Marzo: Diseño de los controles diarios y semanales, y elaboración de los procedimientos correspondientes.

18-22 Marzo: Diseño de los controles trimestrales, y elaboración de los procedimientos correspondientes.

25-29 Marzo: Realización de los primeros controles diarios semanales y trimestrales. Establecimiento del estado de referencia inicial del equipo

Abril-Mayo: Incorporación de los procedimientos de control de calidad al Programa de Garantía de Calidad en Medicina Nuclear.

Abril-Diciembre: Implantación del programa de control de calidad llevando a cabo los controles planificados (diarios, semanales y trimestrales)

Enero 2020: Evaluación de los indicadores y presentación de la memoria final del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha alcanzado el objetivo principal del proyecto, diseñar, desarrollar e implantar un programa de control de calidad del nuevo equipo PET-TC de la instalación de Medicina Nuclear del HCULB para cumplir así con la legislación vigente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El programa de control de calidad del nuevo equipo PET-TC de la instalación de Medicina Nuclear del HCULB ha sido diseñado, desarrollado e implantado según las recomendaciones de las principales sociedades científicas nacionales e internacionales.

Llegados a este punto el siguiente paso es, en colaboración con el Sº de Medicina Nuclear, conseguir la acreditación europea EANM para poder llevar a cabo ensayos clínicos en los que participe el equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/685 ========== ***

Nº de registro: 0685

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0685

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL NUEVO EQUIPO PET-TC

Título
DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL NUEVO EQUIPO PET-TC

Autores:
JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER, CANELLAS ANOZ MIGUEL, GARCIA ROMERO ALEJANDRO, CHOVER DIAZ BEATRIZ, FERRER GONZALEZ LUISA, AGUIRRE COLLADO AURORA, MARTINEZ CASBAS CARLOS JAVIER, CASTEJON ANDRES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las aquellas patologías diagnosticables o descartables en una exploración con PET-TC, y todas aquellas, que estando diagnosticadas previamente, su terapia se base en las imágenes obtenidas con PET-TC.
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En marzo de 2019 finalizará la instalación de un equipo de Tomografía por Emisión de Positrones con Tomografía Computarizada (PET-TC) en la instalación del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (HCULB) de la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear (UMMN). Se trata de un equipo Siemens Biograph Horizon, que incluye los maniquíes de control de calidad para PET y para TC, y fuentes radiactivas calibradas.

El artículo 13 del Real Decreto 1841/1997, de 5 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear, dicta a propósito del Programa de Control de Calidad que "las unidades asistenciales de medicina nuclear serán sometidas a un control de calidad para garantizar que la administración de radiofármacos con fines de diagnóstico o terapia se realiza de manera que las dosis absorbidas recibidas por los pacientes sean (…) tan bajas como pueda razonablemente conseguirse, además de producir imágenes o estudios que permitan hacer el diagnóstico más fiable posible, en el caso de examen diagnóstico".

El Programa de Control de Calidad distingue entre el programa de control de calidad de los radiofármacos y el programa de control de calidad del equipamiento utilizado en medicina nuclear. Es en este segundo en el que se enmarca el presente proyecto de mejora de la calidad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto de mejora es diseñar, desarrollar e implantar un programa de control de calidad del nuevo equipo PET-TC de la instalación de Medicina Nuclear del HCULB para cumplir así con la legislación vigente.

MÉTODO
Las acciones previstas están especificadas en el apartado 8 de Duración y Calendario

INDICADORES
Indicador1: Realización del diseño del Programa de Control de Calidad en PET-TC
• Fuente antes del 1 de abril de 2019. (Si/No)

Indicador2: Porcentaje de procedimientos de control de calidad elaborados previstos en el Programa de Control de Calidad en PET-TC

Indicador3: Porcentaje de controles de calidad previstos en el Programa de Control de Calidad en PET-TC realizados entre abril y diciembre de 2019

Evaluación: Enero. Análisis de los indicadores propuestos.

DURACIÓN
Febrero: Revisión de las recomendaciones en control de calidad PET-TC por parte de los miembros del equipo:
? Quality assurance for pet and PET/CT systems
International Atomic Energy Agency, 2009
? Control de calidad de la instrumentación de medicina nuclear
Sociedad Española de Física Médica, 2015
? PET/CT atlas on quality control and image artefacts
International Atomic Energy Agency, 2014

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0685

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL NUEVO EQUIPO PET-TC

4-8 Marzo: Puesta en marcha del equipo con el técnico de aplicaciones de Siemens según el calendario de actividades que proporcionará Siemens.

11-15 Marzo: Diseño de los controles diarios y semanales, y elaboración de los procedimientos correspondientes.

18-22 Marzo: Diseño de los controles trimestrales, y elaboración de los procedimientos correspondientes.

Abril-Diciembre: Implantación del programa de control de calidad
Enero 2020: 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 - 2019/0572

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE GUÍA VISUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... DANIEL PEREZ VECINO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PIQUERO MICHETO MARIA CRUZ
ALONSO RODRIGUEZ VERONICA
GIL CARRETERO MARINA
GARCIA FRANCO DAVID
RUIZ MANZANO PEDRO
JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER
DE GREGORIO ARIZA MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En una primera reunión realizada el 01/04/2019 se facilitó a los integrantes del grupo, gracias a la colaboración con el servicio de física y radioprotección, varios documentos y presentaciones sobre protección radiológica, para que fuesen leídos de manera individual.
Tras la correcta lectura y estudio de toda la información el grupo se volvió a reunir en Mayo para debatir qué medidas y conocimientos son los imprescindibles antes de entrar en nuestra sala con radiaciones. Se acordaron cuatro puntos fundamentales:
1- Conocer los tres principios de protección radiológica: Tiempo, distancia y blindaje
2- Saber utilizar los dispositivos de protección personal y utilizarlos siempre.
3- Tener conocimientos para evitar la radiación directa y minimizar la dispersa.
4- Llevar siempre los dosímetros personales
El 12/06/2019 se desarrollaron los anteriores cuatro puntos, expresando medidas de una manera clara y concisa, y las fotos que las acompañarían. De esta manera:
- El punto 1 se dividió en las medidas de: Minimizar el Tiempo, Maximizar la distancia y usar los diferentes blindajes (Blindaje móvil, cortina plomada y mampara suspendida)
- Del punto 2 se consensuó la utilización de delantales plomados, gafas plomadas y protector tiroideo.
- El punto 3 se resumió en mantener las manos fuera del haz directo de Rayos X y en situarse siempre del lado del detector de imagen.
- En el punto 4 se advirtió la necesidad de recordar la colocación de un dosímetro debajo del delantal plomado y otro por fuera.
También se acordó la realización de una formación de recuerdo a todo el servicio. Así que desde el servicio de física y radioprotección se realizaron dos charlas de formación continuada de una hora de duración, impartidas por D. Francisco Javier Jimenez Albericio y D. Pedro Ruiz Manzano, a la totalidad del equipo de Radiología Vascular Intervencionista. La primera charla se realizó el 10/07/19 y versó sobre “Protección a pie de tubo” y la segunda el 04/12/19 y trató sobre “Nueva Legislación. Justificación y optimización”
El 20/09/19 se presentó al grupo el boceto de la guía agrupando las medidas por líneas de acción y se realizó la primera corrección de errores. También se acordaron los colores, tamaños y tipos de letra empleados para resaltar lo más importante.
El 15/10/19 se presentó al servicio de Física y radioprotección la primera creación impresa de la guía en tamaño DinA4. Se realizó la segunda corrección de errores y se presentó al jefe de Servicio de Radiología Vascular Intervencionista, el Dr de Gregorio quien dio su visto bueno.
La guía visual se presentó a la unidad de calidad para que aprobasen la impresión en tamaño DinA3 para la colocación en la puerta de la sala del angiógrafo. Allí se realizaron varias correcciones de errores con nuevas propuestas de ordenación, textos y fotografías.
En la actualidad una vez modificada la guía siguiendo las directrices de la unidad de calidad estamos esperando la impresión para su colocación en la puerta de acceso a la sala.
Una vez colocada, procederemos a la evaluación mediante la encuesta cerrada que se suministrará a las personas ajenas a la unidad de radiología vascular ya descrita en el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado una guía visual que resume perfectamente los puntos básicos que toda persona debe conocer antes de entrar en una sala con radiación ionizante.
Entendemos que será de especial utilidad e importancia para el personal eventual y ajeno al servicio, para que adopte las medidas de autoprotección sin necesidad de ser recordadas por el personal de la unidad.
Estamos en espera de la impresión de la guía en tamaño DinA3 para colgarla en la puerta de entrada a nuestra sala. Así podremos valorar, mediante una encuesta, si realmente le es útil a la gente ajena al servicio que entra en la sala.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La radiación ionizante es un riesgo laboral silencioso. No se ve y no se puede sentir, pero se acumula pudiendo dar problemas pasados los años. Es importante ser metódico en las medidas de autoprotección y la guía servirá para comprobar a modo de check-list que se cumplen todas las medidas antes de entrar en la sala.
Así mismo este proyecto ha servido para refrescar los conocimientos de toda la unidad relativos a protección

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0572

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE GUÍA VISUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA

radiológica con dos charlas de formación continuada impartidas desde el servicio de física y protección radiológica.

7. OBSERVACIONES.
Tenemos la duda de si es necesario volver a presentar el mismo proyecto en el que hemos estado trabajando como continuación en los Proyectos de Contrato programa - 2020 y Acuerdos de Gestión Clínica 2020 o por el contrario sólo presentar la memoria final en el 2020 cuando tengamos la evaluación

*** ========== Resumen del proyecto 2019/572 ========== ***

Nº de registro: 0572

Título
ELABORACION DE GUIA VISUAL DE PROTECCION RADIOLOGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA

Autores:
PEREZ VECINO DANIEL, PIQUERO MICHETO MARIA CRUZ, ALONSO RODRIGUEZ VERONICA, GIL CARRETERO MARINA, GARCIA FRANCO DAVID, RUIZ MANZANO PEDRO, JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER, DE GREGORIO ARIZA MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La unidad de Radiología Vascular Intervencionista trabaja con radiación ionizante para el desarrollo de su actividad. La radiación ionizante entraña unos riesgos laborales, que hacen necesaria formación en protección radiológica junto con el uso de material de protección específico. El servicio de Física y Protección Radiológica se encarga de la formación del personal en este ámbito.
La unidad de Radiología Vascular Intervencionista necesita en ocasiones de la colaboración de personal ajeno al servicio el cuál no está habituado a trabajar con radiaciones ionizantes y puede presentar un déficit de conocimientos específicos.
Aunque las medidas de protección radiológica se cumplen siempre, el personal de la unidad de Radiología Vascular Intervencionista viene detectando relajación entre el personal eventual y tiene que estar continuamente avisando y recordando estas medidas de protección radiológica.
Sin la intención de profundizar, ni sustituir la formación en protección radiológica, se decide la creación de una guía visual para recordar las medidas básicas de protección radiológica. Se colocará en la puerta de entrada a la sala para que todo el mundo que entre repase, a modo de chequeo, las medidas de protección que tendrá que adoptar al entrar a la sala.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal:
- Disminuir el riesgo laboral por radiación ionizante entre el personal que eventualmente tenga que entrar en la sala de Radiología Vascular Intervencionista.

Objetivos secundarios:
- Crear una guía visual rápida de protección radiológica.
- Tener la posibilidad de repasar las medidas de protección radiológica antes de entrar en la sala de Radiología Vascular Intervencionista a modo de check list.
- Advertir de la situación de riesgo al entrar a la sala y así promover la consulta al personal propio de la unidad de radiología vascular intervencionista de las dudas que tengan.

MÉTODO
1. Debatir qué medidas y conocimientos son los imprescindibles antes de entrar en una sala con radiaciones ionizantes.
2. Expresar estas medidas y conocimientos de una manera clara y concisa con la menor cantidad posible de texto.
3. Idear qué imágenes pueden expresar, de una manera visual, las medidas y conocimientos que queremos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0572

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE GUÍA VISUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA

compartir, pudiendo sustituir o acompañar a los textos seleccionados.
4. Elaborar estas imágenes bien con dibujos o con fotografías.
5. Diseño y boceto de la guía agrupando las medidas por líneas de acción. (Microsoft Powerpoint)
6. Puesta en común del boceto y corrección de errores.
7. Elección de colores, tamaños y tipos de letra empleados para resaltar lo más importante.
8. Creación impresa del póster en tamaño DinA3.
9. Colocación de la guía en la puerta de acceso a la sala de Radiología Vascular Intervencionista.
10. Difusión del programa de protección radiológica de la unidad.

INDICADORES
Indicador de cumplimiento
Presencia del póster en la puerta de acceso a la sala de Radiología Vascular Intervencionista.
El personal eventual adopta las medidas de autoprotección sin necesidad de ser recordadas por el personal de la unidad.
Indicador de evaluación
Pequeña encuesta cerrada que se suministrará a las personas ajenas a la unidad de radiología vascular intervencionista que vienen a trabajar o de prácticas:
1. ¿Tiene formación previa en protección radiológica?
2. ¿Qué medidas de protección radiológica ha utilizado dentro de la sala?
a) Delantal plomado
b) Protector tiroideo
c) Gafas plomadas
d) Maximizar la distancia al foco de radiación
e) Minimizar el tiempo que exposición en la sala
f) Uso de blindajes
g) Colocarse siempre del lado del detector de imagen
h) Mantener las manos fuera del haz de RX
3. ¿Algún miembro del equipo de la unidad le ha tenido que recordar alguna de estas medidas? En caso afirmativo diga cuál.
4. ¿Ha visto nuestra guía visual sobre protección frente a las radiaciones ionizantes antes de entrar?
5. ¿Le ha aportado algún conocimiento nuevo sobre protección radiológica?
6. ¿Le ha servido para no olvidar alguna medida de protección radiológica?
7. ¿La considera útil?

DURACIÓN
El proyecto se realizará a lo largo de 2019. Se establece un calendario de reuniones mensuales de los integrantes para exponer los avances en el proyecto con nuevo reparto de tareas y difundir el programa de protección radiológica de unidad junto con las normas de protección radiológica entre los miembros de la unidad.
Una vez impreso y colgado el póster, se realizará la encuesta a las personas que de manera eventual vengan a nuestro 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 - 2019/0236

1. TÍTULO

REVISION DEL FOLLETO "CONSEJOS PARA CUIDAR A UNA PERSONA DEPENDIENTE" RECOMENDACIONES PARA CUIDADORES

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ..... PAULA ESTERUELAS CUARTERO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REGLA RAUFAST ANA JESUS
SANZ PLUMED ANA VICTORIA
GARCIA BARRECHEGUREN ANA
ALMERIA FERNANDEZ EUGENIA
CELMA MORALEJO ROCIO
PEREZ DOMINGUEZ MARIA PILAR
HERRERA SERRANO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras una búsqueda bibliográfica y puesta en común con todo el grupo se procedió a realizar los cambios oportunos en el folleto original. Posteriormente, tras la aprobación de los cambios se procedió a la edición a través del programa informático del nuevo folleto, el cual se envió al servicio de calidad del HCU Lozano Blesa estando a l espera de la oportuna respuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la actualidad no podemos objetivar ningún resultado, ya que al no tener respuesta del Servicio de Calidad del hospital todavía no se han impreso los folletos.
En cuanto a los indicadores, será el siguiente: cuidador que asiste al taller proporcionándole folleto/número de cuidadores asistentes al taller

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado la redacción del contenido del folleto para una mejor compresión por parte de los cuidadores, en espera de poder ponerse en práctica por la falta de impresión de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/236 ========== ***

Nº de registro: 0236

Título
REVISION DEL FOLLETO "CONSEJOS PARA CUIDAR A UNA PERSONA DEPENDIENTE" RECOMENDACIONES PARA CUIDADORES

Autores:
ESTERUELAS CUARTERO PAULA, REGLA RAUFAST ANA JESUS, SANZ PLUMED ANA VICTORIA, GARCIA BARRECHEGUREN ANA, ALMERIA FERNANDEZ EUGENIA, CELMA MORALEJO ROCIO, PEREZ DOMINGUEZ MARIA PILAR, HERRERA SERRANO ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cuidados a pacientes dependientes de cualquier especialidad clínica
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Existiendo el folleto de consejos para el cuidador, se hace necesaria la revisión y actualización con el objetivo de introducir mejoras si precisa

RESULTADOS ESPERADOS
Favorecer la difusión de la información que se transmite en el taller para cuidadores, reforzándolo a través de un folleto escrito.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0236

1. TÍTULO

REVISION DEL FOLLETO "CONSEJOS PARA CUIDAR A UNA PERSONA DEPENDIENTE" RECOMENDACIONES PARA CUIDADORES

La población diana a la va dirigido el folleto: familiares de los pacientes y cuidadores ingresados en el hospital tras el alta médica.

MÉTODO
Reunión para la formación de equipo.
Reunión para la búsqueda bibliográfica y puesta en común.
Revisión del diseño del folleto.
Recursos materiales: programa informático, TICS, reprografía e impresión del folleto.

INDICADORES
Indicadores: cuidador que asiste al taller proporcionándole folleto/ número de cuidadores asistentes al taller.

DURACIÓN
Marzo: formación del equipo y búsqueda bibliográfica (Ana Jesús Regla, Ana Victoria Sanz, Ana Isabel Herrera)
Abril: revisión de formato y contenido del folleto (Ana García, Eugenia Almería, Rocío Celma)
Mayo: presentación al servicio de calidad (Paula Esteruelas, Pilar Pérez)
Junio: envío a reprografía (Paula Esteruelas, Ana Jesús Regla)
A partir de septiembre se dispondrá de los nuevos folletos para distribuirlos en el taller

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 - 2019/0289

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, ANTES Y DESPUÉS DE LAS SESIONES EDUCATIVAS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CARNEIRO LAZARO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANTIN CANTIN ROCIO
REGLA RAUFAST ANA JESUS
GARCIA ALVAREZ ELENA
AGUELO VELILLA ANA
MARTIN VICENTE MARIA LUISA
ROMERO DE LA HIGUERA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En 26 de febrero de 2019 revisamos el cuestionario LINQ, del que disponíamos una versión validada al español en Colombia y realizamos alguna modificación que por discusión y consenso podía comprenderse mejor en nuestro medio y por nuestros pacientes.

A partir de Abril (4/04/19), se comenzó a pasar el cuestionario LINQ a aquellos pacientes que habían quedado incluidos en el Programa de Rehabilitación Respiratoria PRR (dicho programa incluye un total de 7 sesiones educativas impartidas por enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional sobre las áreas antes mencionadas) justo antes de la primera sesión educativa que reciben y el último día del programa, que es 8 semanas después, por lo tanto se administra el cuestionario previamente a iniciar el tratamiento (PRE) y al finalizar el mismo (POST) tratamiento. La recogida de cuestionarios en formato papel se realizaba por Marisa (auxiliar clínica de consulta) y resolución de dudas. Posteriormente se mecanizaba en base de datos Excel por Silvia Romero.

Reunión en 5 noviembre para ver cómo iba la recogida y cumplimentación de cuestionarios. Los últimos datos recogidos datan del día 15/12/19. Reunión final el 27 de febrero para extraer conclusiones y realizar memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El número de pacientes con EPOC incluidos en PRR en el periodo de análisis: 15

Número de pacientes que cumplimentaron el cuestionario LINQ: 13 (El cuestionario se entregó a un total de 15 pacientes, de los cuales se han excluido dos para el análisis, uno porque ya había hecho parte del programa de rehabilitación con anterioridad y otro no se ha encontrado el cuestionario PREvio al tratamiento. Esto nos da el siguiente resultado en el indicador:

Número de pacientes que cumplimentan el cuestionario LINQ / Número de pacientes incluidos en el PRR= 86,6 %.

El Cuestionario LINQ evalúa a través de 18 preguntas las necesidades de información del paciente EPOC en las siguientes 6 áreas o dominios: Conocimiento de la enfermedad, Conocimiento sobre medicación, Self-management /autocuidado, Hábito tabáquico, Ejercicio físico, Dieta; y una puntuación total suma de las mismas. La puntuación mínima es 0 y la máxima 25, es decir, puntuaciones más altas indican necesidades mayores de información. Cada pregunta tiene múltiples respuestas y correlacionadas numéricamente, siendo “0” el conocimiento real es decir, la No necesidad de recibir información, y puntuar 1, 2 y 3 implica carencias informativas en ese dominio. Hemos tenido en cuenta que solo con puntuar 1 ya es una situación mejorable o a tratar. No se han tenido en cuenta los posibles problemas psicológicos asociados como ansiedad, depresión y deterioro cognitivo de nuestros pacientes.

Análisis de los datos en cada una de las áreas:
En el área de conocimiento de la enfermedad: A destacar la posible efectividad del programa educativo en este dominio ya que consigue que en 3 de las 4 preguntas sobre la enfermedad, en los cuestionarios POST programa se puntúe 0 (= ninguna duda sobre el tema) por el total de los pacientes.
El dominio de conocimiento y manejo de la medicación es el área con mejor información previa y aún así existe una mejoría destacable.
En el área de automanejo/self-management queda incluido cómo actuar en caso de reagudizaciones o exacerbaciones y se obtiene un promedio superior a 1 en los resultados POST programa, por el hecho de “No dar instrucciones por escrito” y porque el cuestionario da como respuesta adecuada “llamar a los servicios de emergencia” cuando en nuestro medio el paciente se dirige directamente a los servicios de urgencia del hospital o atención primaria. En cualquier caso, se detecta una oportunidad de mejora que requiere una intervención más clara por parte del equipo.
Sobre el hábito tabáquico se evidencia una clara disminución de dudas sobre este dominio.
En cuanto el ejercicio físico es el área con mejores resultados, lo que demuestra la eficacia del programa de rehabilitación respiratoria en el paciente de EPOC.
Por último en el dominio dieta es donde únicamente encontramos un aumento claro de las necesidades de información de nuestros pacientes tras el paso por el programa de rehabilitación, por tanto un aspecto a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0289

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, ANTES Y DESPUÉS DE LAS SESIONES EDUCATIVAS

mejorar en las intervenciones futuras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestros pacientes con EPOC que reciben las sesiones educativas dentro de un programa de rehabilitación respiratoria multidisciplinar, sí parecen satisfacer sus necesidades de información sobre el concepto y manejo de su enfermedad. Podría plantearse mejorar la información sobre el manejo de exacerbaciones junto al servicio de neumología y revisaremos la información sobre alimentación para que les quede más clara.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/289 ========== ***

Nº de registro: 0289

Título
DETECCION DE NECESIDADES DE INFORMACION DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA, ANTES Y DESPUES DE LAS SESIONES EDUCATIVAS

Autores:
CARNEIRO LAZARO RAQUEL, REGLA RAUFAST ANA JESUS, CANTIN CANTIN ROCIO, GARCIA ALVAREZ ELENA, AGUELO VELILLA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Durante el año 2018 se elaboró un proyecto de educación para la salud dirigido a pacientes con EPOC y se ha decidido este año hacer una valoración sobre las necesidades de formación previa a la incorporación del programa de rehabilitación respiratoria y posterior al mismo, para valorar la eficacia de dicho programa.

RESULTADOS ESPERADOS
Constatar la eficacia de las sesiones educativas dirigidas al enfermo de EPOC y el grado en satisfacen sus necesidades y solvetan sus dudas sobre la enfermedad y la repercusión en sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
Va dirigido a los pacientes que quedan incluidos en el programa de rehabilitación respiratoria del Hospital Clínico.
En el proyecto se incluyen profesionales del servicio de rehabilitación y neumología.

MÉTODO
Utilizar como herramienta el cuestionario LINQ (Lung Information Needs Questionnaire), cuestionario que mide objetivamente el grado de necesidad de información educativa del paciente brindada por el profesional de salud y cómo es percibida por el paciente.
Reuniones de equipo para traducir dicha herramienta al español/castellano, decidir los dos momentos de pasar el cuestionario y el profesional que lo lleve a cabo, así como hacer un análisis de los datos obtenidos.
Cuestionario LINQ, necesidad del servicio de reprografía.

INDICADORES
Número de pacientes que rellenan el cuestionario LINQ/número de pacientes total incluido en el programa de rehabilitación respiratoria
Estándar 80%

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0289

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, ANTES Y DESPUÉS DE LAS SESIONES EDUCATIVAS

Marzo: Reunión de equipo para la traducción del cuestionario y su envío a reprografía.
Abril: Administración del cuestionario en consulta de Dra. García Álvarez o fisioterapeutas (por concretar)
Abril-Octubre: Recogida de documentación
Noviembre-Diciembre: Análisis final de datos

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 - 2019/0292

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE HOJA DE REGISTRO DE TEST DE DISFAGIA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PUEYO RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ-KING GARIBOTTI CAROLA
ESPADA ZARAGOZA ROSA
LABORDA RUIZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2019, hemos realizado tres reuniones los miembros del equipo, y una cuarta en el Servicio para la presentación del documneto.
En la primera reunión se analizó la hoja de recogida de datos del test de deglución, que se utilizaba previamente en el Servicio de Rehabilitación, observando los distintos apartados a modificar o añadir determinados datos que se deberían registrar y hasta ahora no se contemplaban.
En la segunda reunión elaboramos un documento de word donde se incluian todos los datos a recoger cuando se le realiza a un paciente un test de disfagia: desde los datos del paciente, la persona que realiz ael test, la fecha y hora a la que se realiza, la situación del paciente, contemplando su saturación oxigeno basal con pulsioximentria, y los datos propioe sde tes en cuanto a texturas y volumenes administrados y los signos clínicos objetivados (tos, desaturación, cambio de la voz, ausencai de sello labial, resto faringeo o residuo oral) que determinan la existencia de alteraciones en la seguridad o en la eficacia de la deglución.
En la tercerea reunión dimos la forma final al documento de word, con cambios sobre todo en el formato del mismo, para mejorar sobre todo la visualización.
Finalmente presentamos en una cuarta reunión el domcumento a los facultativos del Servicio de Rehabilitación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE ha renovado y actualizado el documento existente ya si facilitar la recogida de los resltados del test de disfagia al personal que lo realice.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha empezado a utilizar este documento, retirando el anterior, que estaba obsoleto y sobre todo que el anterior no se visualizaba tan claramente. Facilitando asi la praxis.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/292 ========== ***

Nº de registro: 0292

Título
ACTUALIZACION DE HOJA DE REGISTRO DE TEST DE DISFAGIA

Autores:
PUEYO RUIZ CRISTINA MARIA, ESPADA ZARAGOZA ROSA MARIA CANDELAS, GONZALEZ-KING GARIBOTTI CAROLA, LABORDA RUIZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
Mejorar la recogida de información del resultado de la prueba del test de deglución (MEC-V), que es el test básico e imprescindible de screening y diagnóstico para todos los pacientes afectos de disfagia orofaringea.
Posteriormente extrapolar dicho documento de recogida de datos a todos los Servicios Hospitralarios, para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0292

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE HOJA DE REGISTRO DE TEST DE DISFAGIA

registrar adecuadamente el resultado de dicho test y valorar la pertinente valoración en la consulta de edisfagia en Rehabilitación.

RESULTADOS ESPERADOS
Pacientes afectos de disfagia en el área sanitaria III

MÉTODO
Reuniones de los miembros del equipo para redactar el documento.

INDICADORES
Pacientes a los que se ha realizado test de deglución / pacientes a los que se ha relizado el test y se ha registrado correctamente el resultado.

DURACIÓN
Elaboración del protocolo el primer semestre de 2019 y posterior exposición a otros Servicios hospitalarios.

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 - 2019/0331

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACIÓN DEL PERSONAL E ENFERMERÍA DEL SECTOR III EN EL CRIBADO DE LA DISFAGIA

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR LABORDA RUIZ
· Profesión ..... LOGOPEDA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
YOLDI ARNEDO NIEVES
PUEYO RUIZ CRISTINA
TEJERO JUSTE CARLOS
PEREZ LAZARO CRISTINA
PEMAN FRAGO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HAN REALIZADO ESTE AÑO 4 EDICIONES CON 10 PARTICIPANTES CADA UNA. LAS FECHAS DE LAS EDICIONES SALEN A TRAVÉS DEL PORTAL DEL EMPLEADO.
LA FORMACIÓN SE REALIZA CON UNA DURACIÓN DE 3 HORAS TEORICO-PRÁCTICAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL NÚMERO DE PROFESIONALES FORMADOS ES DE 40 ANUALES.
SE HA REALIZADO LA FORMACIÓN PARA CONSEGUIR EL CORRECTO CRIBADO Y POSTERIOR EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DISFAGIA A TRAVÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL MÉTODO DE EVALUACIÓN CLÍNICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA .
SE HA LOGRADO APRENDER LACORRECTA ADMINISTRACIÓN DE LAS TEXTURAS POR PARTE DEL PERSONAL TÉCNICO AUXILIAR A LOS PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CON ESTE PROYECTO LOGRAMOS UN MEJOR CRIBADO Y EVALUACIÓN DE LA DISFAGIA ASÍ COMO UNA MEJOR ADMINISTRACION DE LAS TEXTURAS.
CONSIDERAMOS QUE ESTA FORMACIÓN DEBE REALIZARSE PARA QUE TODO EL PERSONAL QUE ESTÉ EN CONTACTO CON PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA SEPAN TRATARLO, POR LO QUE ES MUY CONVENIENTE REPETIR ANUALMENTE TODAS LAS EDICIONES.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/331 ========== ***

Nº de registro: 0331

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SECTOR III EN EL CRIBADO DE LA DISFAGIA

Autores:
LABORDA RUIZ MARIA PILAR, YOLDI ARNEDO NIEVES, PUEYO RUIZ CRISTINA MARIA, TEJERO JUSTE CARLOS, PEREZ LAZARO CRISTINA, PEMAN FRAGO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Enfermedades del sistema digestivo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Estratégicos Comunes de especialidad Fomentando la sensibilización a los temas relativos a la deglución desde el servicio de Rehabilitación . 1. Sesión hospitalaria 27/2/19 2. Consulta monográfica los miércoles de alta resolución con videofluoroscopia 3. Sesión hospitalaria/ enfermería el 15/5/19 Sobre inputs/consumos Disminución de la estancia hospitalaria Otros
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el 2012 se está observando una mayor incidencia de pacientes que presentan disfagia orofaríngea que son remitidos desde las distintas unidades para ser evaluados y rehabilitados por el servicio de Rehabilitación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0331

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACIÓN DEL PERSONAL E ENFERMERÍA DEL SECTOR III EN EL CRIBADO DE LA DISFAGIA

en la Unidad de Logopedia.
Se constató que había un vacío en el correcto cribado de dichos pacientes y por tanto un déficit en la evaluación clínica correcta por parte de enfermería y consecuentemente una administración del espesante incorrecta por parte del personal técnico auxiliar

RESULTADOS ESPERADOS
Con ese proyecto se pretende mejorar la formación para conseguir un correcto cribado y posterior evaluación clínica de la disfagia administrando el método clínico volumen – viscosidad por parte del personal de enfermería (MECV-V)
Se quiere lograr una correcta administración de las texturas por parte del personal técnico auxiliar a los pacientes con disfagia orofaríngea sin que ello comprometa a su seguridad.
Con todo ello lograremos una mayor rapidez en el diagnóstico y una pronta derivación hacia el Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para poder realizar el tratamiento logopédico oportuno a los pacientes que presenten disfagia orofaríngea.

MÉTODO
Se espera mejorar y actualizar la formación mediante 4 ediciones anuales.
La selección de 10 personas por edición, se realizará mediante el portal del empleado.
Dicha formación será realizada en una jornada de 3 horas de forma teórico- práctico.
El material necesario para dicho curso será proporcionado por el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

INDICADORES
El número de profesionales de enfermería formados anualmente son 40.
Proporcionamos una encuesta de satisfacción a los profesionales sanitarios formados en este tema.

DURACIÓN
Se realizarán 4 ediciones
En cada edición se admiten a 10 participantes
Dichas ediciones salen a través del portal del empleado, en la formación del salud.
Las fechas se tienen que concretar con formación por disponibilidad de las aulas de formación.

OBSERVACIONES
Priorizar la formación en screening precoz de disfagia para disminuir la comorbilidad

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0388

1. TÍTULO

ACTUALIZACION TRIPTICO INFORMATIVO "PREVENCION DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE NEO DE MAMA"

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE ..... PEDRO PABLO DE MIGUEL HERNANDO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEDRANO CID MAYRA
VILLARREAL SALCEDO ISABEL
PEMAN FRAGO ROSA
PEREZ PANZANO ESTHER
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO
PARDO SUS ALIDA
BUESO INGLAN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELABORACION, MAQUETACION Y DIVULGACION DE DICHO TRIPTICO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
MOMENTANEAMENTE NO SE HA PODIDO COMPLETAR LA ENTREGA PREVISTA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN ESTUDIO

7. OBSERVACIONES.
IMPLANTACION 2020

*** ========== Resumen del proyecto 2019/388 ========== ***

Nº de registro: 0388

Título
ACTUALIZACION TRIPTICO INFORMATIVO “PREVENCION DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE NEO DE MAMA”

Autores:
DE MIGUEL HERNANDO PEDRO PABLO, MEDRANO CID MAYRA, VILLARREAL SALCEDO ISABEL, PEMAN FRAGO ROSA, PEREZ PANZANO ESTHER, GÜEMES SANCHEZ ANTONIO, PARDO SUS ALIDA, BUESO INGLAN PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: LINFEDEMA POST MASTECTOMÍA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: DISMINUCIÓN INCIDENCIA LINFEDEMA

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

PROBLEMA
El linfedema es una patología crónica que, a pesar de que se conoce desde hace décadas, sigue siendo infradiagnosticada y, por ello, infratratada. En los países desarrollados la principal causa de LINFEDEMA es secundario a neoplasias, sus complicaciones y sus tratamientos. El más frecuente en nuestro medio es el secundario a cáncer de mama. Se estima que el 20% de los pacientes diagnosticados de cáncer de mama desarrollarán linfedema en la extremidad superior a los 6 meses, 36% al año y 54% a los 36 meses.
Hay un aumento de la incidencia de LINFEDEMAS secundarios tanto a la cirugía como a los tratamientos oncológicos (radioterapia) que afectan a la salud y a la calidad de vida de estos pacientes. Los pacientes que desarrollarán linfedema con más probabilidad son aquellos que han precisado linfadenectomía.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar, modificar y mejorar el tríptico informativo sobre prevención de linfedema en pacientes intervenidos de neo de mama.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0388

1. TÍTULO

ACTUALIZACION TRIPTICO INFORMATIVO "PREVENCION DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE NEO DE MAMA"

MÉTODO
Elaboración, maquetación y divulgación de dicho tríptico.

INDICADORES
-Número de pacientes que reciben el tríptico tras ser intervenidos quirúrgicamente de neo de mama.

-Encuesta de satisfacción sobre tríptico informativo de prevención de linfedema.

DURACIÓN
Elaboración del tríptico Abril de 2019, maquetación Mayo de 2019, entrega a pacientes segundo semestre 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 - 2019/0389

1. TÍTULO

ESCUELA DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE CANCER DE MAMA

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MAYRA MEDRANO CID
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE MIGUEL HERNANDO PEDRO PABLO
VILLARREAL SALCEDO ISABEL
PEMAN FRAGO ROSA
PEREZ PANZANO ESTHER
ANDRES CONEJERO RAQUEL
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO
PARDO SUS ALIDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DURANTE ESTE AÑO HEMOS ESTADO TRABAJANDO CON LA PUESTA EN COMÚN DE LOS CONTENIDOS TEÓRICO-PRÁCTICOS A ENSEÑAR EN LA ESCUELA DE LINFEDEMA. SE HA REALIZADO EL POWER POINT QUE MOSTRAREMOS A LOS PACIENTES INCLUIDOS EN ESTE PROYECTO.
HEMOS VALORADO LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN QUEDANDO DEFINIDOS.
HA QUEDADO DEFINIDO NÚMERO DE PACIENTES, DURACIÓN, DÍAS COMO TAMBIÉN LA FORMA DE CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NO TENEMOS RESULTADOS YA QUE EL PROYECTO NO SE HA PODIDO PONER EN MARCHA, EN BREVE ESTARÁ EN FUNCIONAMIENTO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL PROYECTO ESTÁ PRÁCTICAMENTE FINALIZADO, SÓLO ESTAMOS A LA ESPERA DE PONERLO EN MARCHA.QUE SE VA A INTENTAR QUE SEA EN ESTE PRIMER TRIMESTRE DE AÑO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/389 ========== ***

Nº de registro: 0389

Título
ESCUELA DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE CANCER DE MAMA

Autores:
MEDRANO CID MAYRA, DE MIGUEL HERNANDO PEDRO PABLO, VILLARREAL SALCEDO ISABEL, PEMAN FRAGO ROSA, PEREZ PANZANO ESTHER, ANDRES CONEJERO RAQUEL, GÜEMES SANCHEZ ANTONIO, PARDO SUS ALIDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La elevada prevalencia de linfedema tras la intervención quirúrgica de cáncer de mama con su impacto en la calidad de vida del paciente hace aconsejable la instauración de programas de prevención que hagan posible una detección y un tratamiento precoz. Es necesario un abordaje terapeútico integral y un correcto manejo de todas sus complicaciones. Con la creación de la ESCUELA DE LINFEDEMA pretendemos educar a los pacientes de riesgo para la prevención primaria de la aparición de linfedema.

RESULTADOS ESPERADOS
La escuela de linfedema tiene como objetivo instruir a los pacientes de riesgo, pacientes intervenidos de cáncer de mama, en las medidas de prevención, autocuidado y en la identificación precoz del linfedema o sus

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0389

1. TÍTULO

ESCUELA DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE CANCER DE MAMA

complicaciones.

MÉTODO
Crear un GRUPO DE TERAPIA con una sesión teórico-práctica de una hora de duración cada 15 días, con 10-15 pacientes con riesgo de presentar linfedema tras ser intervenidos de neo de mama.

INDICADORES
-Cobertura % de pacientes tras ser intervenidos quirúrgicamente de neo de mama.

-Encuesta de satisfacción sobre escuela de linfedema.

DURACIÓN
Una sesión de una hora de duración cada 15 días, con fecha de comienzo segundo semestre 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 - 2019/0699

1. TÍTULO

ESCUELA PERINEAL. CONOCE TU SUELO PELVICO

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ..... MIREYA LORENA SARTAGUDA ALABART
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTA LAZO MIGUEL ANGEL
RUIZ GARCIA MARIA DOLORES
PEMAN FRAGO ROSA
GOMEZ OPIC CONCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado el Power Point que se les pasará en la sesión, tanto a público femenino como masculino.Se ha establecido la idoneidad de la sala donde se realizará, estando pendiente la adjudicación horaria.
Debido a la ausencia de nuestra médico rehabilitadora, por baja, no se ha podido poner en marcha de manera completa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha podido poner en marcha, debido a cambios en el personal del Servicio responsable de Suelo Pélvico se emplaza su puesta en marcha al primer semestre de 2020

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo lo que se podía realizar de manera individual se ha hecho, esperamos poder reestructurar el equipo y acabar el proyecto en el primer semestre de 2020

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/699 ========== ***

Nº de registro: 0699

Título
ESCUELA PERINEAL “CONOCE TU SUELO PELVICO”

Autores:
SARTAGUDA ALABART MIREYA LORENA, MARTA LAZO MIGUEL, RUIZ GARCIA MARIA DOLORES, PEMAN FRAGO ROSA, GOMEZ OPIC CONCHA, BESCOS SANTANA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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
Los problemas que afectan al suelo pélvico (incontinencia urinaria, incontinencia fecal, dolor pélvico, alteraciones en la esfera sexual...) aparecen como “no graves” en términos de supervivencia, aunque sí lo son en cuanto al deterioro de calidad de vida de estos pacientes.
Pese a sus consecuencias y a la cifra de afectados tan elevada, todavía su detección y reconocimiento son muy bajos, en parte por la tendencia al ocultamiento en las personas que los sufren por temor al rechazo social. Se hace necesario dar visibilidad a estas patologías y proporcionar a los pacientes en riesgo una herramienta útil y sencilla para su manejo.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0699

1. TÍTULO

ESCUELA PERINEAL. CONOCE TU SUELO PELVICO

La Escuela Perineal “Conoce tu Suelo Pélvico”, pretende mejorar el conocimiento que nuestros pacientes tienen de su suelo pélvico desde distintas áreas: anatomía, esquema corporal, importancia del entrenamiento en el domicilio, hábitos de vida saludables, factores de riesgo, etc...

MÉTODO
Se crearán grupos de 15-20 pacientes para las sesiones teórico-prácticas, de una hora de duración. Se realizarán dos sesiones al mes, el primer y tercer miércoles de cada mes, en horario de mañana y tarde respectivamente.

INDICADORES
- Número de pacientes atendidos desde nuestro Servicio de Rehabilitación.
- Encuesta de satisfacción sobre la Escuela Perineal “Conoce tu Suelo Pélvico”.

DURACIÓN
Las sesiones serán de una hora, cada 15 días, el primer y el tercer miércoles de cada mes, en horario de mañana y tarde, para facilitar el acceso a las mismas, con fecha de comienzo el segundo semestre 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 - 2019/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DEL BIOFEEDBACK TERAPEÚTICO EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SUELO PÉLVICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL MARTA LAZO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SARTAGUDA ALABART MIREYA LORENA
RUIZ GARCIA MARIA DOLORES
GOMEZ OPIC CONCHA
PEMAN FRAGO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el 2019 se han realizado las siguientes actividades en relación a este proyecto.
1º Reunión de la Jefe de Servicio y el coordinador de este proyecto con la Jefe de Sección de Servicios Técnicos, para planteamiento y resolución de las dudas sobre el manejo del biofeedback terapéutico por parte de los profesionales que lo van a utilizar.
2º Instalación y conexión del biofeedback en la sala de fisioterapia de suelo pélvico, situada en las dependencias de la Unidad de mama.
3º Inicio de la familiarización de los fisioterapeutas con el biofeedback.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cambios en el personal de la Unidad han hecho que no se hayan conseguido todos los objetivos planteados en el programa, de ahí que esta memoria sea de seguimiento y no de resultados finales.
Se ha iniciado el uso de biofeedback en pacientes, por lo que este indicador se debería dar como cumplido al 100%. Pero sólo han sido 2 pacientes y, además sólo se ha utilizado el biofeedback de presión por no haber podido conseguir los fungibles para poder realizar el tratamiento con biofeedback electromiográfico.
La fuente de donde se ha obtenido el número de pacientes atendidos es la ficha de derivación a fisioterapia por parte de la médico rehabilitador. Es en este documento dónde consta la prescipción de la terapia con biofeedback.
No se ha realizado ninguna exploración con biofeedback por la médico rehabilitador, por lo que este indicador no se cumplido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los cambios de personal dificultan enormemente la consecución de los objetivos de los proyectos.
La consecución de material fungible está siendo muy complicada, sería conveniente simplificar los procedimientos para su obtención.
En la actualidad aún no podemos conocer, si con el aparato del que disponemos, es posible la utilización de biofeedback de presión y una corriente terapéutica simultáneamente. Esperaremos que la consecución de los electrodos endocavitarios (fungibles) aclare si este objetivo de tratamiento es conseguible.
Queda por evaluar si será necesario su cumplimiento de evaluación con biofeedback por parte de la médico rehabilitador o se realizará un cambio en el procedimiento de atención y será realizada la evaluación por parte de los fisioterapeutas al inicio y al final del tratamiento.
Se considera necesario realizar un registro tanto de pacientes valorados como de pacientes tratados con el biofeedback terapeútico, que permita su uso como dato estadístico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/727 ========== ***

Nº de registro: 0727

Título
IMPLANTACION DEL BIOFEEDBACK TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE REHABILITACION DE SUELO PELVICO

Autores:
MARTA LAZO MIGUEL, SARTAGUDA ALABART MIREYA LORENA, RUIZ GARCIA MARIA DOLORES, GOMEZ OPIC CONCHA, PEMAN FRAGO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DEL BIOFEEDBACK TERAPEÚTICO EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SUELO PÉLVICO

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
Desde febrero de 2019 la Unidad de Rehabilitación de Suelo Pélvico del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa cuenta con un espacio físico adecuado para la exploración y tratamiento. Esos espacios proporcionan la intimidad necesaria para la consulta médica y tratamiento rehabilitador de las patologías relacionadas con el suelo pélvico.
Por otra parte, el Servicio de Rehabilitación cuenta con un equipo de Biofeedback.
Se considera que el uso del Biofeedback en la Unidad de Rehabilitación de Suelo Pélvico, optimiza la terapia de estos pacientes, aportando un valor añadido a nuestra actividad.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto pretende implantar el biofeedback perteneciente al Servicio de Rehabilitación, como una herramienta en el tratamiento de la patología del suelo pélvico.

MÉTODO
Exploraciones realizadas por el médico rehabilitador en consulta de suelo pélvico (primera y sucesivas tras el tratamiento)
Tratamiento de fisioterapia realizado en sala de tratamiento de suelo pélvico.
Formación a MIR en patologías de suelo pélvico.

INDICADORES
Número de pacientes vistos en consulta con biofeedback para valoración funcional y a la finalización de tratamiento.
Número de pacientes tratados en sala de fisioterapia con terapia de biofeedback.

DURACIÓN
A lo largo de 2019 se pretende realizar los siguientes pasos:
-Consecución de material fungible
-Formación profesionales
-Inicio de tratamientos

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 - 2019/0797

1. TÍTULO

DOCUMENTO AUDIOVISUAL DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE LOS EJERCICIOS REALIZADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS AZUARA LAGUIA
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASPAR ANDREU JUAN CARLOS
GONZALEZ-KING GARIBOTTI CAROLA
IBAÑEZ VICENTE ANGELA
MARTA LAZO MIGUEL ANGEL
PEMAN FRAGO ROSA
PUEYO ACIN BLANCA
VILLARREAL SALCEDO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como principales actividades realizadas destacamos:

- Reuniones de equipo para consensuar el diseño del documento audiovisual de apoyo al paciente.
- Grabación de los vídeos de cada uno de los ejercicios que componen el documento.
- Elaboración de un documento provisional con valoración externa al equipo de mejora previo a la elaboración del documento definitivo.

Estas actividades se han desarrollado durante el segundo semestre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha elaborado el documento audiovisual, que da respuesta y cumplimiento al principal objetivo de este proyecto.
- El impacto del mismo viene marcado por la mejoría clara de la información visual que estará disponible para todos los pacientes que han precisado tratamiento de Escuela de Espalda en el Servicio de RHB del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.
- El indicador que emplearemos será el número de pacientes incluidos en el tratamiento de Escuela de Espalda que accedan a él una vez esté incluido en la página web del Hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- El documento audiovisual realizado complementará al documento gráfico que actualmente se entrega a los pacientes al finalizar el tratamiento de Escuela de Espalda para que sirva de consulta y recordatorio, y así mejorar la adherencia y la correcta realización de dicho tratamiento una vez finalizada la fase hospitalaria.

- Para facilitar la difusión, queda pendiente incluir este documento en la página web del Hospital Clínico “Lozano Blesa”.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/797 ========== ***

Nº de registro: 0797

Título
DOCUMENTO AUDIOVISUAL DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS EJERCICIOS RECOMENDADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA

Autores:
AZUARA LAGUIA JOSE LUIS, GASPAR ANDREU JUAN CARLOS, GONZALEZ-KING GARIBOTTI CAROLA, IBAÑEZ VICENTE ANGELA, MARTA LAZO MIGUEL, PEMAN FRAGO ROSA, PUEYO ACIN BLANCA, VILLARREAL SALCEDO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0797

1. TÍTULO

DOCUMENTO AUDIOVISUAL DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE LOS EJERCICIOS REALIZADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Este proyecto es la continuación de uno previo titulado “Documento gráfico de apoyo al paciente para la realización de los ejercicios recomendados en la Escuela de Espalda”, realizado durante el año 2018. Surge de la necesidad de complementar la información gráfica con información audiovisual (tipo vídeo), que estará disponible en la página web del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”. Este soporte favorecerá y facilitará la correcta realización de dichos ejercicios, una vez finalizada la rehabilitación hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana del proyecto serán los pacientes con patología de raquis lumbar tratados con cinesiterapia grupal incluidos en los grupos de tratamiento “Escuela de Espalda”.
El acceso al material audiovisual (vídeos) estará disponible en la página web del Hospital Clínico y permitirá facilitar la continuidad del tratamiento de los ejercicios, fomentando así el autocuidado y mejorando la adherencia al tratamiento.

MÉTODO
1- Reuniones del equipo de mejora para presentar ideas, opciones de diseño, recursos materiales, etc. en colaboración con el Departamento de Comunicación del Sector 3.
2- Grabación de los vídeos de cada uno de los ejercicios que componen el tratamiento de Escuela de Espalda.

3- Elaboración del formato definitivo.
4- Inclusión del material audiovisual seleccionado en la página web del Hospital.

INDICADORES
Existencia de documentos audiovisuales de “Escuela de Espalda” (si/ no).
Número total de pacientes incluidos en el tratamiento en “Escuela de Espalda”.

DURACIÓN
Segundo semestre 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 - 2019/0457

1. TÍTULO

UNIDAD DE OSTEOPOROSIS FORMADA POR REUMATOLOGIA Y ENFERMERIA. CREACION DE UNACONSULTA DE ENFERMERIA COMO APOYO A LA CONSULTA MONOGRAFICA DE OSTEOPOROSIS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CILIA AMPARO PERALTA GINES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DELGADO BELTRAN CONCEPCION
AZNAR VILLACAMPA EMILIA
VIU LABRID MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Formación de enfermera de reumatología de I. Jiménez en manejo de osteoporosis mediante rotación en consulta de este tipo en otros centros donde ya está consolidada.
-Puesta en marcha de agenda, todos los jueves de mes, presencial o telefónica.
-Pacientes atendidos: de 5 a 8
-Actividad: Educación sanitaria sobre dieta, ejercicios, posturas correctas; enseñar autoinyección; colaborar con la reumatóloga en las infiltraciones; revisar analítica solicitada por reumatóloga tras comenzar con Teriparatida y antirresortivos; seguimiento para valorar la adhesion al tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Desde la puesta en marcha de la consulta, en marzo de 2019, se han atendido un total de 71 pacientes, a los que se ha hecho educación sanitaria sobre osteoporosis, indicaciones para autoinyección, atención a dudas y seguimiento para valorar la adhesión al tratamiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Valoración positiva y buena acogida por parte de los pacientes, que tiene una figura cercana y formada a la que acudir
-Se facilita el aprendizaje y la autonomía del paciente
-Utilidad para prevención primaria/secundaria
-Se trata de un proyecto que se va consolidando y se puede mantener en el tiempo con la enfermera de la consulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/457 ========== ***

Nº de registro: 0457

Título
UNIDAD DE OSTEOPOROSIS FORMADA POR REUMATOLOGIA Y ENFERMERIA. CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA COMO APOYO A LA CONSULTA MONOGRAFICA DE OSTEOPOROSIS

Autores:
PERALTA GINES CILIA AMPARO, DELGADO BELTRAN CONCEPCION, AZNAR VILLACAMPA EMILIA, VIU LABRID MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El envejecimiento de nuestra sociedad ha provocado que la osteoporosis sea una de las afecciones más prevalente en los ancianos, con el consiguiente aumento del riesgo de fracturas que dicha enfermedad provoca. La osteoporosis supone un importante problema de salud, tanto por su magnitud como por sus repercusiones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0457

1. TÍTULO

UNIDAD DE OSTEOPOROSIS FORMADA POR REUMATOLOGIA Y ENFERMERIA. CREACION DE UNACONSULTA DE ENFERMERIA COMO APOYO A LA CONSULTA MONOGRAFICA DE OSTEOPOROSIS

sociosanitarias, y genera un elevado consumo de recursos en visitas, estudios y tratamientos.
El principal objetivo de la osteoporosis ha de ser evitar o reducir la aparición de fracturas osteopóroticas, puesto que constituyen su principal complicación, que además originan otros problemas clínicos.
La enfermería juega un papel primordial para minimizar sus consecuencias, mediante la utilización de medidas preventivas, tales como: la intervención educativa, pudiendo aumentar la motivación de los individuos con o sin osteoporosis, para desarrollar estilos de vida saludables y en el caso de que sigan algún tratamiento, que persistan con la terapia prescrita.
En prevención primaria, las medidas preventivas son aplicables para la población en general, sin tener en cuenta el riesgo individual específico. En el caso de osteoporosis, estas intervenciones buscan prevenir la aparición de la
patología, actuando sobre los estilos de vida.
En prevención secundaria, la atención se centra en la detección temprana de la enfermedad, identificando y controlando los factores de riesgo individuales para prevenir las fracturas por fragilidad. En esta fase, las terapias con fármacos son eficaces si el tratamiento prescrito se adhiere a lo largo del tiempo. Se estima que un 50% de los pacientes dejan de tomar sus medicamentos durante el primer año de la prescripción, por lo que los planes terapéuticos son ineficaces y se acompañan de un desperdicio de recursos económicos Por lo tanto, este fenómeno tiene que ser abordado mediante información y educación que la enfermería puede ofrecer, para mejorar la adherencia a largo plazo.
La prevención terciaria se centra en pacientes que han sufrido fracturas por fragilidad, para evitar el riesgo de nuevas fracturas. Incluso en estas situaciones, la función de la enfermería es educar a la población acerca de estilos de vida saludables, prestando atención a la alimentación, hábitos de fumar y consumo de alcohol, así como la colaboración para mejorar la adherencia al tratamiento con medicamentos y suplementos adicionales, tales como el calcio y la vitamina D.

RESULTADOS ESPERADOS
Desde las Consultas de Enfermería de Reumatología se pueden disminuir costes ofreciendo apoyo al reumatólogo tanto en el diagnóstico como en el manejo y seguimiento de esta prevalente enfermedad para poder conseguir:
1. Detección precoz de la osteoporosis:
1.1. Realizar anamnesis para valorar los factores de riesgo.
1.2. Calcular el índice FRAX, el cual evalúa el riesgo de fractura a 10 años .
2. Prevención de fracturas:
2.1.Promover hábitos de vida saludable.
2.2.Potenciar la adherencia al tratamiento informando sobre la posología y el uso correcto de la medicación.
2.3.Informar de la prevención de caídas, evitar obstáculos en la vivienda, uso de calzado sujeto y adecuado, graduación de la vista, control de fármacos psicotrópicos, etc.
3.Aumentar la información y facilitar el automanejo del paciente.
4. Agilizar y reducir el número de visitas a la consulta médica de Reumatología.

MÉTODO
Actualmente está en funcionamiento una consulta monográfica de osteoporosis, siendo la responsable una reumatóloga (Dra Aznar) que evalúa a los pacientes, sus factores de riesgo de fractura, solicita los estudios analíticos y deimagen según el caso y pauta el tratamiento/seguimiento oportuno.
Se creará una agenda para la consulta de enfermería donde se derivarán pacientes previamente valorados porbreumatología. Se va a establecer esta consulta en el centro de especialidades Inocencio Jiménez, en un espacio ya
disponible previamente. Está pendiente establecer su periodicidad.

INDICADORES
1. % pacientes que son valorados en la consulta monográfica de reumatología que son derivados a la consulta de enfermería.
2. % pacientes valorados por enfermería/total de pacientes vistos en la unidad de osteoporosis.

DURACIÓN
Se iniciará la actividad de la consulta de enfermería en el 2019. La agenda se modificará en función de las necesidades, hasta establecer una programación concreta.

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 - 2019/1505

1. TÍTULO

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA A LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR ETANOL ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA FERRER DUFOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TOXICOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE
MENAO GUILLEN SEBASTIAN
RAMOS SANCHEZ PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Previa revisión bibliográfica, se utilizó una copia anonimizada de la base de datos de intoxicaciones atendidas durante 2018 en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para recopilar datos poblacionales y variables a analizar, a partir de las cuales definir los casos de intoxicación etílica aguda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultaron 422 casos, casi la mitad de todos los atendidos. Mayoritariamente fueron sobredosis y en menor medida gestos suicidas. La mayoría no requirieron ingreso y en la mayoría de ellos se realizó análisis toxicológico. Lo más frecuente fue hallar etanol exclusivamente, y en menor medida asociado a otras drogas y/o fármacos. Un tercio de ellos contaban con más de una visita por intoxicación.
La clínica más prevalente fue neurológica (destacando embriaguez y agitación). Aproximadamente la mitad de los casos recibieron fluidoterapia. Otros tratamientos frecuentes fueron benzodiacepinas y antieméticos.
Aproximadamente en la mitad de los casos se determinaron glucemia, pH y bicarbonato. En la mayoría se recogió presión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura, siendo la frecuencia respiratoria la menos recogida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los criterios de calidad para el manejo de una intoxicación etílica aguda que se proponen son: realización de análisis toxicológico en todos los casos, realización de tomografía computarizada (TC) craneal en toda pérdida de conciencia en el contexto de caída extrahospitalaria con probable traumatismo craneoencefálico, recoger las 4 contantes básicas mínimas, realizar gasometría venosa cuando la clínica lo indique, manejar adecuadamente la agitación, no administrar antídoto cuando no está indicado, realizar las determinaciones bioquímicas adecuadas y asignación correcta del término “embriaguez”.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0407

1. TÍTULO

PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BEGOÑA ZALBA ETAYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIDRUEJO SAEZ RAQUEL
PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA
CEBOLLADA DEL HOYO JESUS
MOZOTA DUARTE JULIAN
PALACIOS LASECA MARTA
DURAN MATEOS ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades:
Registro de las paradas cardíacas en el hospital.
Formación médicos que atienden las paradas en planta hospitalaria.
Calendario:
Se ha cumplimentado todos los meses del año como estaba marcado.
Recursos:
Hoja de cálculo Excell
Material:
Presentación PowerPoint para los talleres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores:

Tiempo de detección de inicio de RCP=

nº enfermos atendidos en 1º 4 minutos de PCR 30
----------x 100 =-------- = 100%
nº de enfermos con PC 30

Desfibrilación precoz=

nº enfermos desfibrilados en 1º 5 minutos 7
----------x 100 =-------- = 100%
nº de enfermos desfibrilados 7

Carros de atención a parada cardíaca completo=

Nº carros de PCR con material standarizado 28
----------x100 = --------- = 100%
Nº carros de PCR 28

Formación médicos que atienden paradas =

Nº médicos con curso de formación 20
----------x100 = --------- = 54%
Nº médicos no formados 37

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Conclusiones
Los resultados de los tres primeros indicadores son muy buenos.
Debemos mejorar la formación anual a los médicos

Recomendaciones:

1. Programación con mayor antelación de cursos de formación de facultativos
2. Acreditación de los cursos de formación para las siguientes ediciones
3. Realizar más ediciones de cursos de formación para facultativos
4. Continuar con el seguimiento de las PCR intrahospitalarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0407

1. TÍTULO

PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

5. Mejorar la cumplimentación del registro actual

.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/407 ========== ***

Nº de registro: 0407

Título
PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Autores:
ZALBA ETAYO BEGOÑA, RIDRUEJO SAEZ RAQUEL, PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA, CEBOLLADA DEL HOYO JESUS, MOZOTA DUARTE JULIAN, PALACIOS LASECA MARTA, DURAN MATEOS ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La parada cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria representa un problema sociosanitario y económico de gran magnitud. La organización de la respuesta ante una PCR en los hospitales no es un sistema estructurado y ágil. Si se mejora la respuesta asistencial, acortando los tiempos de inicio de la asistencia mediante la optimización de la cadena de supervivencia hospitalaria, existe la evidencia de que es posible disminuir la mortalidad y las secuelas que origina una PCR.
La incidencia de PCR hospitalaria es de 4-20 casos por cada 1000 enfermos, aproximadamente la mitad se produce fuera de las áreas de críticos y en el mejor de los supuestos, solo 1 de cada 6 sobrevive y es dado de alta.
Extrapolando datos internacionales, en España el número de paradas subsidiarias de RCP superan 18000/año.
La supervivencia de la PCR en hospitales es inferior al 20%.

La puesta en marcha del protocolo de RCP de nuestro hospital es reciente, con buen funcionamiento pero con parcelas mejorables. El estudio de nuestra situación podrá hacer posible mejorar la asistencia a la PCR y sus resultados.

RESULTADOS ESPERADOS
Tiempo de inicio de RCP menor de 3 minutos
Estándar 95%

Desfibrilación precoz menor de 5 minutos
Estándar 95%

Carro de atención a la parada completo
Estándar 95%

Formación médicos que atienden paradas de forma anual
Estándar 90%

MÉTODO
-Cursos de formación a facultativos que atienden la parada intrahospitalaria (3 ediciones mínimo al año)
-Cursos de formación a enfermería
-Informe anual sobre resultados de tiempo de atención y adecuación de desfibrilación
-Publicidad el día europeo de la Parada Cardíaca (16 de octubre) dando formación de RCP básica durante 8

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0407

1. TÍTULO

PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

horas de forma ininterrumpida dentro del hospital
-Revisión sistemática del carro de paradas y recordatorio del contenido necesario con paneles en cada planta

INDICADORES
nº enfermos atendidos en los primeros 3 minutos de PCR
----------x 100
nº de enfermos con PCR

nº enfermos dados desfibrilados en los primeros 5 minutos
----------x 100
nº de enfermos desfibrilados

Nº carros de PCR con material standarizado
----------x100
Nº carros de PCR
Nº médicos que atiende paradas con curso de formación
----------x100
Nº médicos que atiende paradas

DURACIÓN
Durante todo el año se desarrollarán las actividades previstas

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 - 2019/0453

1. TÍTULO

CODIFICACION ESTANDARIZADA DE LOS INFORMES DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE ARAIZ BURDIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZALBA ETAYO BEGOÑA
VELILLA SORIANO CARMEN
SANCHEZ POLO CARLOS
EDROSO JARNE PALOMA
OCABO BUIL PAULA
LOZANO GOMEZ HERMINIA
MATUTE GUERRERO ALMUDENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Recogida y análisis de la cumplimentación de los diagnósticos y procedimientos debidamente codificados así como la escala APACHE recogida en las altas hospitalarias emitidas por el Servicio de Medicina Intensiva de nuestro hospital.
La revisión se llevó a cabo de los informes realizados en las tres secciones de nuestro servicio desde el 01/01/19 al 31/12/19.
Se ha utilizado la base de datos ICCIP de UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nuestro trabajo consiste en conocer el grado de cumplimentación de los ítems citados. El estándar establecido ha sido el 90%.

Indicadores:

nº informes de alta con diagnósticos y procedimientos 1461
----------x 100 = -------- = 82.03%
nº de enfermos dados de alta del SMI 1781

nº informes de alta del SMI con la escala APACHE II 1114
----------x 100 = --------- = 62.54%
nº de enfermos dados de alta del SMI 1781

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES:
Los resultados son inferiores al estándar deseado con baja cumplimentación sobre todo de la escala APACHE. No obstante, ha aumentado casi en un 20% la cumplimentación de ambos indicadores.

El registro de los procedimientos, diagnósticos y APACHE debe mejorar hasta lograr el estándar establecido.

RECOMENDACIONES:

- Información a los facultativos de los resultados obtenidos y recordatorio sobre la debida cumplimentación de los datos en el informe de alta

- Implicar a todo el personal médico para tener a su alcance una base de datos fiable y poder utilizar las herramientas estadísticas con fines académicos o de otra entidad (información de indicadores de gestión, grupos de trabajo, mejora de calidad…)

- Mejorar la fiabilidad de análisis estadísticos futuros sobre la actividad y complejidad de los pacientes ingresados en cada unidad de cara a mantener/solicitar recursos humanos/materiales

- Recordatorio periódico de la necesidad y valor de la codificación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0453

1. TÍTULO

CODIFICACION ESTANDARIZADA DE LOS INFORMES DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/453 ========== ***

Nº de registro: 0453

Título
CODIFICACION ESTANDARIZADA DE LOS INFORMES DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores:
ARAIZ BURDIO JUANJO, ZALBA ETAYO BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Monitorización/estructura
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
3.1.- Evaluación
El informe de alta es el documento médico técnico- legal obligatorio que resume la asistencia prestada al paciente e informa acerca del diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que se deben seguir. Su calidad resulta cada vez más necesaria para pacientes, profesionales sanitarios y gestores debido a los múltiples usos de su contenido.

La codificación de los diagnósticos, procedimientos y pruebas diagnósticas permite tratar estadísticamente dicha información y realizar una triple lectura sobre la casuística atendida por un servicio clínico u hospital: complejidad de los casos atendidos, eficiencia en su resolución y calidad de los resultados clínicos en términos de mortalidad, complicaciones o reingresos.
Se ha descrito que la calidad de los informes de los pacientes que fallecen es notablemente inferior a la de los que son dados de alta con vida. A menudo no se termina de redactar estos informes o, si se hace, suelen contener menos información sobre las patologías acompañantes.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo perseguido será que todos los informes de alta contengan la codificación de los diagnósticos, tanto los primarios como secundarios, los procedimientos realizados –que incluyen algunas pruebas diagnósticas más complejas- y la escala APACHE II.
La inclusión de todos estos datos permitirá un análisis estadístico más fiable de la actividad realizada en cada unidad y nos informará de la complejidad de la misma y la de los pacientes ingresados.
En cuanto a los informes de alta de éxitus, si su calidad aumenta será posible conocer más datos de la mortalidad intraUCI que podría ser útil para estudio de las causas y relación con factores propios de cada patología.

MÉTODO
Recordar a cada unidad de forma periódica que se deben rellenar los datos de diagnósticos, procedimientos y APACHE II antes del alta del paciente.
Información a los facultativos trimestralmente por parte de los jefes de sección/jefe de servicio de la cuantificación de los informes de alta completos realizados.

INDICADORES
nº enfermos dados de alta del SMI con diagnósticos y procedimientos
---
-x 100
nº de enfermos dados de alta del SMI

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0453

1. TÍTULO

CODIFICACION ESTANDARIZADA DE LOS INFORMES DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

```
nº enfermos dados de alta del SMI con la escala APACHE II
-----------------------------------------------------------------------------------------------x 100
nº de enfermos dados de alta del SMI


DURACIÓN
Durante 2018 y 2019 (2 años)

OBSERVACIONES


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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0688

1. TÍTULO

VALORACION DE POSIBLES DONANTES DENTRO Y FUERA DE LA UCI

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ VIRGOS SEÑOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OCABO BUIL PAULA
EDROSO JARNE PALOMA
LOZANO GOMEZ HERMINIA
ASIN CORROCHANO MARTA OLGA
SIMON CASAMIAN ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mediante recogida de datos correspondientes a los Exitus de UCI, Urgencias y Neurología, de forma mensual, analizar anualmente las posibles perdidas existentes como posibles donantes en pacientes con lesiones encefálicas devastadoras, sin contraindicación para donación.
COMO INDICADORES, se analizaron:
1º) -nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras que no son donantes/ nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras que sí son donantes.

2º) -nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras no informados al CTx. / nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras sí informados al CTx.

Según los resultados obtenidos, realizar reuniones de trabajo periódicas, con los mencionados Servicios, para formar y aconsejar, y evitar la pérdida de estos casos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto a los indicadores analizados:

1º) 37/19
2º) 5/35

Todo ello mediante el acceso a las HªCª y a los informes de ingreso y Exitus de los Servicios implicados, y los registros realizados como indicadores de calidad para la ONT.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras el análisis de los indicadores, y de la eficacia de las reuniones periódicas con los Servicios implicados, se demuestra que se han seguido perdiendo posibles donantes, pese a la realización de reuniones de trabajo periódicas y charlas de concienciación.
Hay que insistir en los equipos profesionales implicados en la necesidad de avisar a los equipos de Coordinación de Trasplantes, en enfermos con lesiones encefálicas devastadoras, que puedan ser posibles donantes.

7. OBSERVACIONES.
Se insiste en que en caso de duda, se contacte con el equipo de Coordinación, mediante los teléfonos móviles corporativos.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/688 ========== ***

Nº de registro: 0688

Título
VALORACION DE POSIBLES DONANTES DENTRO Y FUERA DE LA UCI

Autores:
VIRGOS SEÑOR BEATRIZ, AMOR LOSCERTALES ALICIA, SIMON CASAMIAN ROSA, ASIN CORROCHANO MARTA, OCABO BUIL PAULA, EDROSO JARQUE PALOMA, LOZANO GOMEZ HERMINIA, ARCHE BANZO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0688

1. TÍTULO

VALORACION DE POSIBLES DONANTES DENTRO Y FUERA DE LA UCI

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
A raíz del estudio ACCORD patrocinado por la ONT, se detectó en el HCU la existencia de un fallo en el proceso de detección de pacientes con lesiones encefálicas devastadoras, que podrían haber sido donantes de órganos, en algunos de los Servicios del Centro (UCI, Urgencias, Neurología y Neurocirugía). Con posterioridad se aplicó una línea de mejora que logró disminuir la pérdida de estos posibles donantes, aunque se siguieron observando perdidas puntuales de los mismos.
Se propone mantener las líneas de actuación sugeridas por los resultados del estudio ACCORD, para minimizar aún más estas posibles pérdidas.

RESULTADOS ESPERADOS
Lograr que la pérdida de posibles donantes entre los enfermos con lesiones encefálicas devastadoras sin contraindicación para donación, sea nula, y así disminuir de forma indirecta la lista de espera para trasplante (hepático y renal fundamentalmente) de pacientes de nuestra Comunidad Autónoma.

MÉTODO
Mediante recogida de datos correspondientes a los Exitus de UCI, Urgencias y Neurología, de forma mensual, analizar las posibles perdidas existentes como posibles donantes en pacientes con lesiones encefálicas devastadoras, sin contraindicación para donación.
Según los resultados obtenidos, realizar reuniones de trabajo periódicas, con los mencionados Servicios, para formar y aconsejar, y evitar la pérdida de estos casos.

INDICADORES
-Indicadores:
nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras que no son donantes/ nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras que sí son donantes.
nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras no informados al CTx. / nº de enfermos muertos con lesiones encefálicas devastadoras sí informados al CTx.
-Evaluación: Semestral. Análisis de los indicadores, y de la eficacia de las reuniones periódicas con los Servicios implicados.

DURACIÓN
-Evaluación: Semestral. Análisis de los indicadores, y de la eficacia de las reuniones periódicas con los Servicios 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 - 2019/0752

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

Fecha de entrada: 29/02/2020

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA FUERTES SCHOTT
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DURAN MATEOS ANTONIA
RAMOS ABRIL VANESA
PEÑARANDA GARCIA EVA
SENAR ARRUEBO ANA ISABEL
SANCHEZ MONTORI LAURA
RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los objetivos de este proyecto eran:

- Fomentar el seguimiento multidisciplinar para asegurar la correcta colocación de las pulseras transfusionales en todos los pacientes ingresados en UCI. Como única excepción a este procedimiento, eran los pacientes que precisan transfusión de extrema urgencia.
- Evaluar y estandarizar las distintas localizaciones en las que se puede colocar la pulsera transfusional en un paciente de UCI, cuando no es posible ponerlas en la situación indicada, que sería la muñeca.
- Evitar los efectos adversos de una transfusión errónea en un receptor no identificado correctamente.

Con respecto a las actividades realizadas, haciendo constar que se cumplió con el calendario establecido previamente, fueron las siguientes:

- Abril 2019: reunión inicial con el equipo de enfermería de la UCI que participa en el proyecto, para recordar el programa y para estandarizar las nuevas indicaciones de localización de las pulseras identificativas.
- Mayo, junio y julio 2019: registro de las transfusiones en la UCI quirúrgica en documento de recogida de datos que presentaba los siguientes puntos:
1º) si se colocó la pulsera pretransfusional.
2º) en que lugar se colocó la misma.
3º) si se retiró la pulsera en las primeras 48 horas postransfusión.
4º) si hubo algún efecto adverso durante la transfusión por la mala identificación del paciente.
- Septiembre 2019: análisis de los datos obtenidos en el registro.
- Diciembre 2019: Reunión con el equipo y búsqueda de áreas de mejora a tenor de los resultados. Envío de memoria de seguimiento en la plataforma habilitada para ello.

Los recursos empleados para este proyecto han sido:
- Humanos: personal médico y de enfermería de UCI
- Materiales: pulseras transfusionales del Banco de Sangre, material ofimático del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados fueron los siguientes:

Durante dicho periodo, se realizó un total de 47 transfusiones. Se colocó la pulsera en 45 de ellos. Respecto al lugar de colocación de las pulseras identificativas, fue en un 80% de los casos en la muñeca del paciente, un 15% en el cabecero de la cama del paciente y 5% se dejó en la carpeta individual que tenemos asignado a cada paciente ingresado.
Se retiró dicha pulsera en un periodo menor de 48 horas en 39 pacientes (83%) y en un periodo mayor de 48 horas en 13 pacientes (27%). No hubo efectos adversos durante las transfusiones.

El indicador utilizado fue:

Nº de pulseras identificativas de transfusión / Nº de pacientes transfundidos= 96%

El indicador se extrajo de la información publicada en el siguiente manual por el Ministerio de Sanidad, Política Social y e Igualdad.

McClelland, DBL. Pirie, E. Franklin, IM. Manual de uso óptimo de Componentes Sanguíneos. Por un uso seguro, eficiente y clínicamente eficaz de la sangre en Europa. Informes, estudios e investigación 2011. Ministerio de Sanidad, Política y Igualdad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras el análisis de los resultados, se observa que la identificación de los pacientes trasfundidos en UCI es adecuada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0752

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

El 4% de pacientes no identificados, se corresponde con pacientes con transfusiones de extrema urgencia que fueron excluidos del protocolo.

Siempre se debería colocar la pulsera identificativa en la muñeca del paciente, y en el caso que no sea posible (vías venosas, arteriales, heridas, vendajes, etc) debería colocarse en el cabecero de la cama de UCI de dicho paciente, intentando minimizar la colocación de las pulseras en las carpetas asignadas a cada paciente, puesto que puede inducir a errores trasfusionales.

Un aspecto a mejorar, sería la retirada de la pulsera en las primeras 48 h tras la transfusión, como queda recogido en el protocolo de la Comisión de Transfusiones.

Al encontrarnos en un entorno cómo la UCI, con la ventaja de tener informatizado el procesos asistencial al paciente crítico, podríamos beneficiarnos de la creación de órdenes médicas o de enfermería en el sistema de gestión del paciente crítico (ICIP® Philips) en relación a la colocación de la pulsera pretransfusional, con una orden de alerta de retirada a las 48 horas.

Creemos que es un proyecto sostenible ya que no requiere mucho material ni medios para desarrollarlo, y con una alta tasa de replicabilidad futura.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/752 ========== ***

Nº de registro: 0752

Título
OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

Autores:
FUERTES SCHOTT CAROLINA, DURAN MATEOS ANTONIA, RAMOS ABRIL VANESA, PEÑARANDA GARCIA EVA, SENAR ARRUEBO ANA ISABEL, SANCHEZ MONTORI LAURA, RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sangrado activo que precisa transfusión de hemoderivados
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Existe en el hospital un procedimiento para la solicitud, aplicación y trazabilidad de hemoderivados, que fue realizado por la Comisión de Transfusiones en abril del 2013. En esta revisión, se incluye la necesidad de colocar una pulsera de seguridad transfusional al paciente, que lo asocie con la muestra que se va a extraer, con la solicitud previamente cumplimentada, y con el hemoderivado solicitado. Esto debería llevarse a cabo en todos los pacientes del hospital que van a recibir una transfusión.

Sin embargo, dadas las dificultades que presentan los pacientes de la UCI para colocar las pulseras de identificación y de transfusión en la muñeca (ya sea por edema, vías venosas y arteriales, vendajes…), resulta complicado cumplir este objetivo, y sólo un pequeño porcentaje de pacientes de UCI llega a tener esta pulsera en su lugar correspondiente.

RESULTADOS ESPERADOS
Por todo ello, dado que se trata de la seguridad en el manejo de hemoderivados, que en los pacientes de UCI su empleo es muy frecuente, y que además estos pacientes en la mayoría de los casos tienen un bajo nivel de consciencia, parece útil buscar una estrategia de optimización en la identificación de pacientes que van a recibirlos. Los objetivos de este proyecto son:
• Fomentar el seguimiento multidisciplinar para asegurar la correcta colocación de las pulseras transfusionales en todos los pacientes ingresados en UCI. Como única excepción a este procedimiento se recoge la solicitud de sangre de extrema urgencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0752

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES DE UCI DURANTE EL PROCESO DE TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

- Evaluar y estandarizar las distintas localizaciones en las que se puede colocar la pulsera transfusional en un paciente de UCI, cuando no es posible ponerlas en la situación indicada, que sería la muñeca.
- Evitar los efectos adversos de una transfusión errónea en un receptor no identificado correctamente.

MÉTODO
- Reunión inicial con el equipo de enfermería y auxiliares de la UCI para identificar las localizaciones alternativas a la muñeca en la que se podrían colocar las pulseras transfusionales de seguridad.
- Protocolización de las nuevas indicaciones de localización de las pulseras.
- Establecimiento de varias reuniones con Enfermería y Auxiliares de la UCI para transmitir la necesidad de colocación de estas pulseras, y mostrar el nuevo protocolo que facilitará el cumplimiento de la identificación.
- Seguimiento de la puesta en marcha del nuevo protocolo.

INDICADORES
- Número de pacientes transfundidos / número de pulseras identificativas de transfusión > 99%. Excepcionalmente es posible que existan situaciones de emergencia en las que no sea posible por tiempo llegar a colocar la pulsera en su debido lugar.
- Tasa de efectos adversos transfusionales asociados a una mala identificación del paciente.

DURACIÓN
- Marzo 2019: Primer contacto y reunión tanto con Enfermería cómo con auxiliares para valorar las localizaciones alternativas a la colocación de la pulsera de seguridad transfusional en la muñeca del paciente en UCI. Concretar la duración de la colocación de la pulsera identificativa, así cómo asegurarnos de su retirada (en la guía se establece retirarla 48horas tras la transfusión si no se necesita más sangre).
- Marzo 2019: Reunión con los distintos turnos de enfermería en sesiones de 10minutos para explicar tanto la necesidad de colocación de la pulsera, cómo las alternativas propuestas a la localización en la muñeca.
- Abril 2019- Junio 2019: Seguimiento de todos los pacientes sometidos a transfusión en la UCI quirúrgica, para ver si se cumplen las normas de actuación.
- Julio 2019: Análisis de resultados. Si éste no es positivo, evaluar las causas por las que no se ha identificado al paciente correctamente con la pulsera, y plantear nuevos objetivos/localizaciones.

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 - 2018/0104

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COSTAN GALICIA JOAQUIN
CASCAN HERREROS PILAR
GUILLEN ANTON JULIA
CHAURE PARDOS ARMANDO
OBON AZUARA BLANCA
LOPEZ MENDOZA HECTOR
ROMAN CALDERON FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Documentos elaborados.

RPC-110, Protocolo de oxigenoterapia en paciente adulto hospitalizado.

Carteles resumen para controles de enfermería: destacando la situación clínica, el dispositivo recomendado y el objetivo terapéutico (saturación O2)

Pegativas adhesivas en cada toma de oxígeno: No tocar Oxígeno A manipular por Enfermería.

2.- Plan de Formación.

Sesión hospitalaria en la que se presentó el Protocolo.
Sesión en salón de actos a Enfermería.
Sesión breve en cada Unidad de Enfermería, en la que se hizo entrega de los carteles y se colocó en cada toma de oxígeno una pegatina: "No tocar oxígeno, manipular solo por enfermería".

3.- Plan difusión.
Disponibilidad del Protocolo en la intranet del hospital.
Carteles en la unidades dehospitalización.
Recordatorio en cada dispositivo de administración de oxígeno.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado en cuanto a documentos, difusión y formación el grupo lo considera adecuado.
Para la evaluación de la práctica clínica se realizó una auditoría mediante un corte transversal con la misma metodología que se realizó previamente a la implantación de las medidas propuestas en el Proyecto: se incluyó una muestra aleatorizada de pacientes que se encontraban ingresados en 7 unidades representativas, a saber: Cirugía General (A y B), Neumología, Neurología, Medicina Interna (A y R) y Traumatología.
Por una parte, se comprobó el uso de oxigenoterapia a cabecera del paciente, revisando primero la existencia o no de tratamiento con oxígeno, la interfase empleada en caso de que dicho tratamiento estuviera presente, los parámetros de flujo de oxígeno y fracción de oxígeno inspirado (Fi02), así como la saturación de oxígeno (Sat O2) que presentaba cada paciente en ese momento. Por otro lado, se llevó a cabo la auditoría de las historias clínicas correspondientes, de cara a la identificación de la prescripción de oxigenoterapia.
La auditoría incluyó a 118 pacientes, de los cuales el 31% [30% en 2018] estaba recibiendo oxígeno en el momento de la revisión. La gran mayoría, un 86%, lo hacían mediante gafas nasales, mientras que el 14% restante presentaban mascarilla como método de administración.
Se encontró evidencia de prescripción de oxigenoterapia en el 83% [86% en 2018] de los casos. De estas, el 77% se realizó desde Urgencias, mientras que el 23% restante correspondieron a prescripciones hechas desde la planta de ingreso hospitalario correspondiente [40% en urgencias y 60% en planta en 2018].
Asimismo, el prescriptor indicó la interfase a emplear en el 93% [88% en 2018] de las ocasiones, siendo los porcentajes de prescripción del 80% y 20% para gafas nasales y ventimask respectivamente, no encontrándose en ningún caso la prescripción de oxigenoterapia mediante reservorio.
En el 92% de los casos, los flujos encontrados se correspondieron con los valores contemplados en el protocolo de oxigenoterapia del HCULB para las distintas interfases. Los tres casos situados por fuera del rango contemplado, lo hicieron por encontrarse por encima de la indicación del protocolo.
En el 90% [84% en 2018] de las prescripciones se indicó el flujo de oxígeno o la Fi02 a emplear. Cabe destacar aquí que en la gran mayoría (94%) de las prescripciones hechas desde Urgencias se indicaban dichos parámetros, mientras que en las llevadas a cabo desde la planta de hospitalización este porcentaje cae hasta el 71%.
Por último, en el 40% [28% en 2018] de estas prescripciones se hacía alguna mención a la modificación del flujo de oxígeno en función de la saturación de los pacientes.
El 49% [55% en 2018] de los pacientes fueron considerados retenedores de CO2 por presentar historia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquiectasias, obesidad, patología neuromuscular o acidosis respiratoria al ingreso. De estos, solo el 33% [37% en 2018] presentaron una Sat O2 dentro del rango contemplado para este tipo de pacientes en el protocolo de oxigenoterapia del HCULB (89%-92%). Del 67% complementario que se encontraban fuera de este rango, el 100% [100% en 2018] lo hizo por presentar una SatO2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0104

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

por encima del objetivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado en algunas facetas: prescripción de la interfase a utilizar, del flujo de oxígeno y de la modificación del flujo según saturación de oxígeno.
El aspecto que requiere todavía más mejora es principalmente el mantenimiento de la Sat O2 dentro del rango objetivo en pacientes retenedores de CO2, y no por encima del mismo. La disponibilidad de un protocolo de oxigenoterapia brinda a los profesionales sanitarios la oportunidad de unificar criterios y contar con una serie referencias y recomendaciones basadas en la evidencia científica, por lo que consideramos que este debe ser conocido a fondo e implementado por todos los profesionales que tengan la capacidad de prescribir tratamiento con oxígeno.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/104 ========== ***

Nº de registro: 0104

Título
ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

Autores:
MOZOTA DUARTE JULIAN, HERNANDEZ BONAGA MARIA, COSTAN GALICIA JOAQUIN, CASCAN HERREROS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La oxigenoterapia es un método terapéutico de utilización muy frecuente en los pacientes hospitalizados, su inadecuado manejo puede ocasionar daño en los pacientes.
Se han identificado los siguientes puntos críticos:
. Elevado porcentaje de pacientes del hospital en tratamiento con O2
. Exceso de gasometría con muestra arterial
. No uso adecuado de las nuevas posibilidades de administración de oxígeno, como el oxígeno de alto flujo
. Sería posible un uso más racional y eficiente del recurso de VMNI

RESULTADOS ESPERADOS
1. Obtener el compromiso de adhesión a las recomendaciones en un 25% de las plantas de hospitalización en el primer año y en un 50% en el segundo año (en dependencia de lo obtenido en el primer año).
2. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización (disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI)
3. Mejorar del porcentaje de pacientes que permanecen durante su ingreso con SatO2 entre 92 y100% (o el que se defina como rango óptimo. Porcentaje a valorar en dependencia de la situación basal
4. Mejorar la prescripción de oxigenoterapia en planta: registro en órdenes de tratamiento.
5. Mejorar la coherencia entre la prescripción y la administración de O2.
6. Limitar la obtención de muestras de sangre arterial para la realización de gasometría a las indicaciones correctas.
7. Detectar precozmente las necesidades de terapia intensiva o monitorización continua
8. Registrar la SatO2 en el registro de enfermería (GACELA) acorde con la prescripción médica

MÉTODO
1. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0104

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

(disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI).
2. Elaboración de una guía de menejo de la oxigenoterapia en planta de hospitalización.
3. Inclusión en cartera de servicios de O2 alto flujo
4. Cumplimiento del protocolode oxigenoterapia
5. Curso: manejo de la VMNI
6. Asegurar la disponibilidad de pulsioximetría en todas las áreas en las que se paute oxigenoterapia
7. Registro de sat O2 como signo vital en el registro de enfermería (GACELA)
8. Conocer la ubicación y disponibilidad de los recursos para VMNI y O2 de alto flujo.
9. Definición de recomendaciones clave.
10. Análisis del cumplimiento de dichas recomendaciones: definición del método, recogida de datos y análisis de los mismos.
11. Auditoría al inicio del proyecto y semestral para medir, en una muestra de pacientes el número de pacientes con prescripción de oxigenoterapia.
12. Difusión del inicio del proyecto, de la guía y de los resultados de la auditoría

INDICADORES
1. Mapa realizado al final de primer trimestre del año. (Estándar: SÍ).
2. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con oxigenoterapia que mantienen la saturación en rango (en al menos un 80% de los registros). (Estándar: > 70%)
3. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con oxigenoterapia en los que hay prescripción por escrito. (Estándar: > 95%)
4. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes en los que la prescipción es coherente con la administración. (Estándar: > 80%)
5. AUDITORIA SEMESTRAL: % de GSA que cumplen con la indicación de toma de muestra arterial. (Estándar: >75%)
6. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con hipoxemia al ingreso en UCI que presentan la sat O2 baja desde hace menos 24 horas. (Estándar: >60%).
7. AUDITORIA SEMESTRAL: % pacientes con correcto registro de SatO2 en gacela. (Estándar > 90%)

DURACIÓN
1. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización (disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI): enero- marzo 2018.
2. Elaboración de una guía de manejo de la oxigenoterapia en planta de hospitalización. Enero- julio 2018.
3. Inclusión en cartera de servicios de O2 alto flujo. Primer semestre 2018.
4. Curso: manejo de la VMNI. Abril- mayo 2018.
6. Asegurar la disponibilidad de pulsioximetría en todas las áreas en las que se pauta oxigenoterapia. Marzo 2018.
7. Registro de sat O2 como signo vital en el registro de enfermería (GACELA). Enero- diciembre 2018.
8. Conocer la ubicación y disponibilidad de los recursos para VMNI y O2 de alto flujo. enero- marzo 2018.
9. Definición de recomendaciones clave. Febrero- junio 2018.
10. Análisis del cumplimiento de dichas recomendaciones: definición del método, recogida de datos y análisis de los mismos. Febrero- junio 2018.
11. Auditoría al inicio del proyecto y semestral para medir, en una muestra de pacientes el número de pacientes con prescripción de oxigenoterapia. Primer y cuarto trimestre 2018.
12. Difusión del inicio del proyecto, de la guía y de los resultados de la auditoría. enero - diciemrbe 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 - 2019/1339

1. TÍTULO

PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOLINER LAHOZ JAVIER
ROQUES MATA MARIA CARMEN
SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE
GARCIA RUIZ MARIA NURIA
LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL
BLASCO BELTRAN BENJAMIN
ELIA GUEDEA MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones del Grupo (junio, septiembre, noviembre 2019 y enero 2020): para establecer el método para la implantación de las medidas propuestas, así como para la difusión de la cultura de seguridad en los profesionales quirúrgicos y la dinamización de los grupos de interés, es decir, todos los profesionales que están implicados en la asistencia a los pacientes en el periodo quirúrgico y periquirúrgico.
- Reuniones con Grupos de interés importantes para el desarrollo del Proyecto: Comisión Bloque Quirúrgico, Comisión Infecciones, Enfermería Bloque Quirúrgico, Anestesia, Cirugía General, Cirugía Vascular, Neurocirugía, Traumatología, Ginecología y Obstetricia, Unidad de Mama, ORL, Oftalmología y Farmacia. En las mismas se ha trabajado la implantación de las distintas medidas del Proyecto conduncentes a la mejora de la Seguridad Quirúrgica: adecuada retirada del vello, adecuada profilaxis antibiótica, utilización de clorhexidina alcohólica en asepsia de piel, mantenimiento de normotermia, mantenimiento de normoglucemia, adecuación de profilaxis de enfermedad tromboembótica. En los grupos especialmente se ha trabajado la metodología de aplicación del LVSQ. Este aspecto precisa continuar trabajándolo.
- Utilización de etiquetado de colores en Bloque Quirúrgico por parte de anestesia para prevención de errores de medicación en quirófano.
- Adecuación del LVSQ a la cirugía oftalmológica.
- Formación al personal de enfermería de bloque quirúrgico y a cirujanos en cada Servicio, en sesiones de los servicios, para el Uso de clorhexidina alcohólica como antiséptico más eficaz en la asepsia de la piel.
- Formación en Seguridad del paciente al personal del bloque quirúrgico online a través de la Plataforma del Proyecto Cirugía Segura.
- Seguimiento de Recomendaciones Normotermia en cirugías prolongadas en bloque quirúrgico.
- Revisión de los Protocolos de Profilaxis Antibiótica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Nº de profesionales que completan la formación en seguridad del paciente previsto en el programa (Fuente: web del Proyecto Cirugía Segura):
1. Curso Básico Seguridad Pacientes en Bloque Quirúrgico: 100 profesionales
2. Curso Avanzado Seguridad Paciente en Bloque Quirúrgico: 96 profesionales

2- % pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVSQ (Fuente: Auditoría Trimestral en Bloque Quirúrgico): 1º T: 100%, 2º T: 95.6%, 3º T: 90.9%, 4º T: 100%; anual: 96,5% .

3- % adecuación de la profilaxis antibiótica: (Fuente: Auditoría Trimestral en Bloque Quirúrgico): 1º T: 100%, 2º T: 100%, 3º T: 94.1%, 4º T: 94.1%; anual: 96,9% .

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

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que el impacto que está teniendo el Proyecto es importante, habida cuenta que se aborda desde un Programa Formativo hasta la implantación y seguimiento de medidas que han demostrado sobradamente su efectividad en la prevención de eventos quirúrgicos. El Proyecto está fomentando la comunicación entre diferentes grupos de profesionales implicados en la atención al paciente quirúrgico. En ese sentido queda pendiente acabar de perfilar el trabajo de los distintos grupos de profesionales implicados en la adecuada utilización del LVSQ, aspecto que consideramos que precisa una modificación en el método de “pasarlo” en el propio quirófano.

7. OBSERVACIONES.

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

1. TÍTULO

PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

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

Nº de registro: 1339

Título
PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

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

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

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

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

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

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

MÉTODO
6.1. Medidas relacionadas con la seguridad del paciente quirúrgico:
- Cumplimentación adecuada del listado de verificación quirúrgica.
  - Acciones formativas
  - Registro de cumplimentación
- Mantenimiento de normotermia en periodo perioperatorio:
  - Revisión del protocolo
  - Difusión del protocolo
- Aplicación adecuada de profilaxis antibiótica:
  - Cumplimiento de las indicaciones PROA cirugía
- Retirada de vello adecuada.
  - Revisión y actualización del protocolo
- Antisepsia piel con clorhexidina alcohólica.
- Seguimiento del protocolo de la profilaxis tromboembólica en el paciente quirúrgico.
- Prevención de errores de medicación en quirófano
  - Protocolización del etiquetado de medicamentos.

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

1. TÍTULO

PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

6.2. Medidas relacionadas con la cultura de seguridad en el bloque quirúrgico.

- Encuesta a profesionales del Bloque Quirúrgico.
- Formación en seguridad del paciente: Curso on line.
- Identificación de incidentes evitados gracias a la utilización del LVQ

INDICADORES

- Nº de profesionales que completan la formación en seguridad del paciente previsto en el programa.
- % pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVSQ.
- % LVSQ en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora.
- % adecuación de la profilaxis tromboembótica farmacológica.
- % utilización de etiquetado de medicación administrada durante la anestesia.
- % reingresos urgentes tras cirugía programada.
- % reintervenciones (en el mismo ingreso o hasta 30 días desde intervención previa) en cirugía programada
- % mortalidad postoperatoria (durante el periodo de hospitalización).

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0787

1. TÍTULO

CREACION DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISISEN EL H. CLINICO Y EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ DE ZARAGOZA QUE PRECISAN DE TRASLADO A OTROSCENTROS SANITARIOS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... GEMA PALACIO GAVIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE DIALISIS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALLIZO PEQUERUL LAURA
MERIDA DONOSO ANCHEL
MORENO CUARTERO ANGELES
PEREZ VALLE RAQUEL
CRIADO MAINAR CARMEN
ANDRES BALSA ISABEL
PEREZ MAINAR LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Abril de 2019, y tras debate del equipo y revisión bibliográfica individual, se realiza primera reunión del Grupo de Mejora para la elaboración mediante consenso del documento de “Registro de Alta de Enfermería” de la Unidad de Diálisis del HCU Lozano Blesa (con dos sedes físicas).
Una vez desarrollado el boceto del documento, se realiza un primer contacto con la persona encargada de incluir nuestro “Registro de Alta de Enfermería” en el programa informático usado en la unidad de Diálisis.
En Junio, la informática responsable nos informa que ha introducido nuestro Registro de “Alta de Enfermería” en el programa informático, en la medida que le ha sido posible y con algunas modificaciones a lo propuesto por el equipo.
El equipo valora de manera informal el documento integrado en el programa informático elaborando un listado de sugerencias y mejoras que nos parecen aconsejables.
Por motivos ajenos al Equipo de Mejora, no ha sido posible realizar las mejoras sugeridas para el Registro.
Continuamos en contacto con la informática.
A partir de Octubre, a pesar de que el registro no está incluido de manera satisfactoria, se realizan reuniones informales con el Equipo de Enfermería de la unidad para informar sobre la cumplimentación del protocolo, sus objetivos e indicaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realiza documento de registro “Alta de enfermería”.
No se parte de ningún estándar previo puesto que en el servicio no existía Documento de Alta de Enfermería. Lo elaborado en este proyecto nos sirve de estándar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha realizado el documento “Informe de Alta de Enfermería”. No se ha puesto en práctica de manera sistemática por el escaso número de altas que tenemos en la unidad y porque no se han realizado todas las modificaciones solicitadas en el programa informático.
Con el boceto que hemos elaborado y en formato papel, lo hemos puesto a prueba en algunos de nuestros propios pacientes que por razones internas de la unidad han cambiado de sala de Diálisis estos últimos meses (contamos con sala de diálisis en HCU Lozano Blesa y otra en CEM Inocencio Jiménez). El motivo ha sido que los integrantes del equipo de enfermería conozcamos a fondo y nos familiaricemos con la información a recabar antes de ponerlo en marcha de manera sistemática; a la par que sirve al equipo para su evaluación interna y posibles modificaciones.
La continuidad de Cuidados en otros centros se desarrollará cuando se dé por concluida la modificación del documento en el programa informático.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/787 ========== ***

Nº de registro: 0787

Título
CREACION DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN EL H. CLINICO Y EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ DE ZARAGOZA QUE PRECISAN DE TRASLADO A OTROS CENTROS SANITARIOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0787

1. TÍTULO

CREACION DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISISEN EL H. CLINICO Y EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ DE ZARAGOZA QUE PRECISAN DE TRASLADO A OTROSCENTROS SANITARIOS

Autores:
PALACIO GAVIN GEMA, CALLIZO PEQUERUL LAURA, MERIDA DONOSO ANCHEL, MORENO CUARTERO ANGELES, PEREZ VALLE RAQUEL, CRIADO MAINAR CARMEN, ANDRES BALSA ISABEL, PEREZ MAINAR LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermo renal crónico en tratamiento con hemodiálisis
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, precisa de unos cuidados continuos y específicos de enfermería durante sus sesiones. A día de hoy en nuestra unidad, no contamos con un informe de enfermería exclusivo que recoja la actividad del tratamiento de hemodiálisis, por lo que consideramos una gran mejora crear uno específico para la unidad, que nos permita elaborar con identidad propia el informe de alta de cuidados de enfermería.

Actualmente en el servicio de diálisis contamos con dos unidades de hemodiálisis, una localizada en la planta semisótano de HCU Lozano Blesa y la otra en la planta calle del Centro de Especialidades Inocencio Jiménez. En ambas se trabaja con un programa informático llamado “Nefrolink”.

En el Real Decreto 1093/2010, de 30 de septiembre por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, se incluye el informe de cuidados de enfermería en su Anexo VII. En éste se especifican los contenidos mínimos para conseguir una continuidad de cuidados y mejorar de esta manera la calidad de los mismos a pacientes en tratamiento con hemodiálisis.

RESULTADOS ESPERADOS
- Creación del documento: “Informe de Alta de cuidados de Enfermería” y registro del mismo
- Mejorar la comunicación con los profesionales de otros centros sanitarios
- Mantener la continuidad en los cuidados de enfermería a pacientes en hemodiálisis, facilitando la calidad asistencial y
- Cuidados propios de enfermería al paciente desplazado o vacacional.

MÉTODO
1. Configurar en el programa informático “Nefrolink”, un apartado que registre la información más importante del tratamiento y de los cuidados de enfermería, que permita exportar los datos y elaborar un informe.
2. Elaboración de un informe de continuidad de cuidados relacionados con el tratamiento en hemodiálisis para atención primaria, residencias, vacaciones o traslados…

INDICADORES
- Seguimiento del registro del “informe de Alta de enfermería”.
- Confirmación de la recepción del Alta de Enfermería en el centro destino a través de consulta telefónica.

DURACIÓN
- Inicio del proyecto en marzo del 2019.
- Hasta abril del 2019 nos pondremos en contacto con el personal informático responsable de “Nefrolink” para la adaptación de dicho programa a las necesidades del proyecto. Puesta en marcha en mayo del 2019.
- Puesta en marcha en mayo del 2019.
- Durante las primeras semanas de mayo, realizaremos la formación del personal de enfermería para la correcta cumplimentación del informe de alta en el “Nefrolink”.
- A los 6 meses se realizará una revisión de seguimiento del proyecto, mediante una reunión del equipo de enfermería, valorando las actividades y los resultados obtenidos hasta el momento, analizando la situación objetiva poniendo en común la evolución del proyecto: registro, problemas detectados, pérdidas de información …
- Diciembre de 2019 se valorará el grado subjetivo de desarrollo de la acción de mejora, así como posibles

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0787

1. TÍTULO

CREACION DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISISEN EL H. CLINICO Y EN EL CME INOCENCIO JIMENEZ DE ZARAGOZA QUE PRECISAN DE TRASLADO A OTROSCENTROS SANITARIOS

conclusiones y actividades pendientes.

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 - 2019/0981

1. TÍTULO

SISTEMA DE EVALUACION SISTEMATICA Y DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA CHARLO BERNARDOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE FORMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALTARRIBAS BOLSA ELENA
CAUDEVILLA BIOTA EVA
GUILLEN ANTON JULIA
PALACIOS LASECA MARTA
CASCAN HERREROS MARIA PILAR
SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM
REBOLLO PINA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se ha determinado las competencias según normativa vigente que debe asumir un profesor asociado junto con las universidades desde su nombramiento.
-Se han identificado las posibles jubilaciones de los profesores asociados con el fin de anticiparse a los posibles cambios que pudieran generarse de la tutorización de las prácticas.
-Se ha realizado evaluación y seguimiento del proceso de prácticas formativas con los profesores asociados.
-Se ha realizado la evaluación y seguimiento del plan de acción y cuadro de mandos del proceso y subproceso de prácticas formativas.
-Se ha cumplimentado el registro de incidencias del proceso de prácticas formativas.
-Se ha realizado formación en las acogidas para educar en la prevención de los accidentes de riesgo biológico.
-Se ha aplicado medidas de mejora mediante formación en las acogidas para la prevención de efectos adversos relacionados con la medicación.
-Se han aplicado las herramientas digitales para la evaluación de las prácticas formativas.
-Se ha realizado el análisis y evaluación de los resultados de la encuesta de satisfacción de los alumnos y la evaluación del proceso de prácticas formativas.
-Se ha difundido los resultados mediante un informe de evaluación anual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se han contemplado el 100% de las posibles jubilaciones de profesores asociados.
-Las competencias que debe asumir el profesor asociado se ha recogido en normativa vigente.
-El porcentaje de profesores asociados que han recibido los listados con 15 días de antelación ha sido durante este curso académico: 42%.
-El número de listados por módulo recibidos por la supervisora de formación con 15 días de antelación: 1 por módulo correspondiente a la USJ.
-El porcentaje de acogidas institucionales realizadas en el curso académico ha sido de un 100%.
-Las sesiones formativas impartidas a los alumnos sobre recomendaciones para evitar efectos adversos relacionados con la medicación han sido de un 100%.
- Las sesiones formativas impartidas a los alumnos sobre recomendaciones para evitar efectos adversos relacionados con la medicación ha sido 100%.
-El porcentaje de alumnos recibidos en su unidad ha sido el previamente pactado en un 76,7%.
-Han sido 0 efectos adversos los producidos con el alumno en prácticas.
-Se han producido un 8,3% (8) de accidentes biológicos con los alumnos en prácticas.
-El 100% de los profesores asociados ha realizado la evaluación de acuerdo a la normativa.
-El grado de satisfacción de los alumnos con el profesor colaborador es de: 89%
-El grado de satisfacción de los alumnos con el profesor asociado es de: 86%
-El grado de satisfacción global de los alumnos es de 90%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Existe un elevado índice de satisfacción de los alumnos tanto con respecto al programa en su conjunto como al desempeño de los profesores, siendo ligeramente superior la del colaborador que la del asociado.
-Se han atendido al 100% de los alumnos recibidos aunque no se ajustasen a los flujos previstos y se han realizado acogidas institucionales conjuntas por parte del Hospital Clínico en todos los casos.
-La evaluación docente se realiza siempre de acuerdo a la normativa.
-La gestión de las prácticas por parte del HCU se ha realizado de forma satisfactoria con casi cero incidencias relativas a la gestión del hospital.
-La formación sobre las recomendaciones para evitar efectos adversos ha logrado cero incidentes.
Recomendaciones
-La comunicación con suficiente antelación de los alumnos por parte de las universidades permitiría organizar mejor la acogida, revisar las asignaciones y evitar sobrecargas.
-Los incidentes biológicos producidos a los largo de este período han sido 8 casos pero debería plantearse como objetivo 0 incidentes.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0981

1. TÍTULO

SISTEMA DE EVALUACION SISTEMATICA Y DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

*** ========== Resumen del proyecto 2019/981 ========== ***

Nº de registro: 0981

Título
SISTEMA DE EVALUACION SISTEMATICA Y DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

Autores:
CHARLO BERNARDOS MARTA, ALTARRIBAS BOLSA ELENA, CAUDEVILLA BIOTA EVA, PALACIOS LASECA MARTA, GUILLEN ANTON JULIA, CASCAN HERREROS PILAR, SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM, REBOLLO PINA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
Nuestro hospital como centro universitario acoge alrededor de 300 alumnos/año de enfermería y cuenta actualmente con casi un 10% más de profesores asociados con respecto al año pasado (37) de universidades pública y privada, con una carga de trabajo práctico asistencial de 2100 horas. En el mismo, hemos identificado puntos fuertes y aspectos de mejora que podemos implementar y evaluar para obtener mejora de la calidad de las prácticas formativas en cuanto a gestión, coordinación y mejora de la seguridad del paciente y del alumno.

RESULTADOS ESPERADOS
.Mejorar la coordinación entre las universidades y el hospital clínico universitario durante las prácticas formativas universitarias de enfermería.
.Mejorar la gestión y la calidad de las prácticas formativas universitarias de enfermería mediante el seguimiento de la evaluación sistemática digital dirigida a los alumnos universitarios y a los profesores asociados de las universidades pública y privada.
.Optimizar el ciclo de comunicación entre ambas entidades y los alumnos.
.Disminuir la incidencia de los accidentes biológicos y efectos adversos relacionados con la medicación.

MÉTODO
1. Explicitar con las universidades las competencias que debe asumir un profesor asociado desde su nombramiento.
2. Identificar los profesores asociados que van a jubilarse con el fin de anticiparse a los posibles cambios que pueden generarse en la tutorización de las prácticas.
3. Evaluación y seguimiento del proceso de prácticas formativas con los profesores asociados de ambas universidades.
4. Evaluación y seguimiento del Plan de acción y cuadro de mandos del proceso y subprocesos de prácticas formativas universitarias.
5. Cumplimentación del registro de incidencias del proceso de prácticas formativas.
6. Disminuir los accidentes biológicos de los alumnos universitarios mediante formación en las acogidas institucionales.
7. Identificar los efectos adversos relacionados con la medicación y aplicar medidas de mejora mediante la formación en recomendaciones establecidas mediante metodología amfe (análisis modal de fallos y efectos) en las acogidas.
8. Aplicación de herramientas digitales para la evaluación:
-Formulario de evaluación de las prácticas formativas universitarias
-Encuesta de satisfacción de alumnos universitarios
9. Análisis y evaluación de los resultados de la encuesta de satisfacción de los alumnos y la evaluación del proceso de prácticas formativas de los profesores asociados.
10. Difusión de los resultados a los profesores asociados, universidades y direcciones del centro mediante informe de evaluación anual.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0981

1. TÍTULO

SISTEMA DE EVALUACION SISTEMATICA Y DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

I. ACOGIDA:
-% de jubilaciones de profesores asociados contempladas y comunicadas a la universidad antes del inicio de las prácticas de los alumnos. Estándar: 100%.
-Definición de las competencias que debe adquirir el profesor asociado. Estándar: Existencia de informe.
-% de profesores asociados que han recibido el listado de alumnos 15 días previo a su incorporación. Estándar: 100%.
-nº listados de alumnos por módulo recibidos por la Supervisora de Formación 15 días previos a su incorporación. Estándar: 2.
-% de unidades que han recibido el nº de alumnos pactado previamente con la unidad. Estándar: 100%.
-% de acogidas en el curso académico. Estándar: 100%.
-% de sesiones formativas impartidas a los alumnos sobre recomendaciones para evitar efectos adversos relacionados con la medicación. Estándar: 100%.
-% de sesiones formativas impartidas a los alumnos sobre prevención de los accidentes biológicos. Estándar: 100%.
I.PRÁCTICAS
-% de profesores asociados que tienen a sus alumnos en su unidad. Estándar: 90%. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Nº de efectos adversos producidos en la unidad con el alumno en prácticas. Estándar: 0. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Nº efectos adversos relacionados con la medicación. Estándar: 0. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Nº de accidentes biológicos producidos a los alumnos en prácticas. Estándar: 0. Fuente: Registro de Incidencias
I.EVALUACIÓN
-% de profesores asociados que han realizado la evaluación de acuerdo a la normativa de la universidad. Estándar: 100%.
-% de grado de satisfacción con el profesor asociado. Estándar: 85%.
-% de grado de satisfacción con el profesor colaborador. Estándar: 85%.
-% de grado de satisfacción global. Estándar: 85%.
-Elaboración de informe de evaluación de los resultados.

DURACIÓN
La evaluación sistemática se realiza al final de cada módulo académico tanto a los alumnos universitarios como a los profesores asociados.
Inicio y Fin: 2018-2019

OBSERVACIONES
Se proyecta seguimiento a dos años.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0123

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANOBLESA. CONTINUACION

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ AMORES ARRIAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO
HORNA OREJA OIHANA
VALIENTE MARTINEZ CAROLINA
CANTIN GOLET AMPARO
DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA
BERNAL JULIAN MARIA DOLORES
GOMEZ BITRIAN JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el primer punto:
1- Redacción de un documento de indicaciones generales de fluidoterapia adaptada a la actividad de nuestro servicio. Ya realizado el año previo
2- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal en formación. Ya realizado el año previo y repetido este
3- Valoración del número de envases de fuidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio. Ya realizado (se ha realizado la medición del 15 de febrero al 15 de junio de 2018) y se ha repetido al medición tras las medidas
4- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 3% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
5- Realización de cortes en al medida del indicador de forma mensual para incidir en la mejora del indicador, utilizando distribución por correo, carteles informativos y sesiones. Se ha optado por cortes de peridos más largos para ver el impacto de la medida
En el segundo punto,
1- Se realizará un listado de los fármacos de uso habitual en urgencias vía intravenosa. Ya realizado el año previo
2- Se describirá cuales no precisan dilución. Ya realizado el año previo
3- Se elaborará un documento resumen.Ya realizado el año previo
4- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal de enfermería. La sesión se repetirá para poder abarcar al mayor número de personal.. No ha podido repetirse, se ha realizado distribución vía mail
5- Valoración del número de envases de fuidoterapia (de 100 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio. Ya realizado (se ha realizado la medición del 15 de febrero al 15 de junio de 2018)
6- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 100 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 2% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
5- Realización de cortes en al medida del indicador de forma mensual para incidir en la mejora del indicador, utilizando distribución por correo, carteles informativos y sesiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha disminuído de forma calra el consumo de envases de 500 y de 1000 cc. Los datos son de disminución del 22% lso sueros glucosalinos de 1000cc, del 26% los sueros glucosalinos de 500, Respecto al suero fisiológico en envases de 1000 la siminución ah sido dle 6%, y en envases de 500 ml se ha reducido el 49.7%. Estos datos son sin tener en cuenta el aumento del número de asistencias.
En los envases de 100 cc (segundo punto) es donde la disminución no ha alcanzado los objetivos con una disminución absoluta del 0.4% que al corregir con el auemtno del núemro de pacietnes mejoraría pero sin alcanzar el objetivo. Dentro del análisis de las causas de esta falta de disminución de sueros de 100 destaca la falta de tiempo de enfermería para administrar fármacos en bolo-lento/diluídos no en 100 cc además de las consabidas de costumbre, duda...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Acciones simples consiguen efectos importantes.
Cambiar costumbres adquiridas es complicado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/123 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0123

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANOBLESA. CONTINUACION

Nº de registro: 0123

Título
ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. CONTINUACION

Autores:
AMORES ARRIAGA BEATRIZ, GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO, HORNA OREJA OIHANA, VALIENTE MARTINEZ CAROLINA, CANTIN GOLET AMPARO, DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA, BERNAL JULIAN MARIA DOLORES, GOMEZ BITRIAN JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: visitas a urgencias
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El año anteriro se inició el proyecto de mejorar el uso de la fluidoterpia en urgencias puesto que se había valorado que se hacía un sobreuso con consumo de recursos de manera innecesaria, y además ausmiendo unos posibles efectos adversos por ese sobreuso.
Desde el inicio del proyecto, se han redactado dos documentos para mejorar el uso y se ha inicado su divulgación, pero no se ha podido medir el impacto de este proyecto por haberse retrasdo el inicio. Durante el curso de 2019, se va a continuar con al medición de indicadores y se realizarán nuevas acciones para mejorar el uso de la fluidoterapia.

RESULTADOS ESPERADOS
mejorar el

MÉTODO
Creemos posible adecuar el uso de fluidoterapia insistiendo en las indicaciones y ajustando los fármacos que precisan dilución para su administración. No es posible analizar de forma individual si se ha mejorado o no la adecuación de la fluidoterapia, pero una medida indirecta es el número de envases solicitados a farmacia. PAra ello se continuará el proyecto inicado el año pasado, por lo que se detalla los puntos ya realizados y los previstos:
En el primer punto:
1- Redacción de un documento de indicaciones generales de fluidoterapia adaptada a la actividad de nuestro servicio. Ya realizado
2- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal en formación. Ya realizado
3- Valoración del número de envases de fuidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio. Ya realizado (se ha realizado la medición del 15 de febrero al 15 de junio de 2018)
4- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 3% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
5- Realización de cortes en al medida del indicador de forma mensual para incidir en la mejora del indicador, utilizando distribución por correo, carteles informativos y sesiones.

En el segundo punto,
1- Se realizará un listado de los fármacos de uso habitual en urgencias vía intravenosa. Ya realizado
2- Se describirá cuales no precisan dilución. Ya realizado
3- Se elaborará un documento resumen.Ya realizado
4- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal de enfermería. La sesión se repetirá para poder abarcar al mayor número de personal. Pendiente de repetir.
5- Valoración del número de envases de fuidoterapia (de 100 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio. Ya realizado (se ha realizado la medición del 15 de febrero al 15 de junio de 2018)
6- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 100 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 2% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
5- Realización de cortes en al medida del indicador de forma mensual para incidir en la mejora del indicador, utilizando distribución por correo, carteles informativos y sesiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0123

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANOBLESA. CONTINUACION

INDICADORES
Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 3% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
Valoración del número de envases de fuidoterapia (de 100 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio. Ya realizado (se ha realizado la medición del 15 de febrero al 15 de junio de 2018

DURACIÓN
Dadao que es continuación, la medición del número de envases ya se ha inicado el 15 de febrero de 2019 y se realizarán coortes el 15 de marzo, de abril y mayo.
Se prerogramará una nueva sesión formativa con enferemría y se enviará de neuvo el documento recordatorio al personal facultativo y residentes.

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 - 2019/0345

1. TÍTULO

CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PAMELA VILLAFRANCA RUIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANS ATANCE ADRIAN
EZQUERRA RODRIGO ANA MARIA
MALO LATORRE TERESA
CRISTOBAL ALMAZAN EVA
JORQUI PEREZ EVA
SANCHO ARRUGA MARIA JESUS
MERCADAL ALOS ANA EMILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El grupo de mejora se ha reunido 8 veces a lo largo del año 2019 cumpliendo con el calendario marcado. Se ha utilizad el aula del servicio de urgencias para las reuniones que han durado desde las 9 hasta las 12.
El proyecto se ha desarrollado mediante la realización de un curso impartido en dos ocasiones de forma oficial a través del programa de formación incluido en el portal del empleado del salud, coincidiendo con el mayor movimiento de personal en el servicio de urgencias(junio y octubre).
Se ha impartido el curso a 20 personas en cada ocasión, entre TCAES y Enfermeras. La mayoría personal de nueva incorporación a nuestro servicio.
En el curso se les explica el funcionamiento del servicio de Urgencias del HCU Lozano Blesa, con sus diferentes áreas, peculiaridades y normas internas y del hospital en general, mediante unas presentaciones en Power Point que ha desarrollado el grupo en las reuniones a lo largo del año. Además, se realiza una visita al servicio.
El curso se imparte a lo largo de una mañana de 8:30 a 14:30, teniendo la intención de ampliarlo a dos jornadas a lo largo del año 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han cumplido los objetivos de mejorar la calidad asistencial y la seguridad en el servicio de urgencias porque el personal que se ha incorporado a la plantilla en estos periodos y que han realizado el curso han tenido información y formación adecuada a su nuevo puesto de trabajo. Además ha disminuido la sobrecarga del personal de plantilla a la hora de formar a los nuevos compañeros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este equipo de mejora debe de continuar para ampliar el curso que se imparte actualmente y poder abarcar más temas importantes y para continuar formando al personal que se incorpora a trabajar al servicio de urgencias.
También queremos incluir en esta formación a los compañeros del hospital que en ocasiones de necesidades del servicio tienen que bajar a prestar sus servicios en urgencias y que no conocen bien su funcionamiento, programas informáticos, etc.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/345 ========== ***

Nº de registro: 0345

Título
CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
VILLAFRANCA RUIZ PAMELA, SOLANS ATANCE ADRIAN, EZQUERRA RODRIGO ANA MARIA, MALO LATORRE TERESA, CRISTOBAL ALMAZAN EVA, SANCHO ARRUGA MARIA JESUS, JORQUI PEREZ EVA, MERCADAL ALOS ANA EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier tipo de urgencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0345

1. TÍTULO

CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS

Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Dada la continua incorporación de personal sin experiencia en la Unidad de Urgencias y debido a que la organización y funcionamiento de este Servicio tiene una serie de connotaciones diferentes al resto de las Unidades del hospital, creemos necesario que el personal de enfermería de nueva incorporación, esté entrenado y preparado para dar una rápida y eficaz respuesta a todo tipo de situaciones que puedan presentarse.
Necesidad detectada en el propio Servicio de Urgencias.
Demanda de los propios profesionales, tanto verbalmente como a través de encuestas de opinión.

RESULTADOS ESPERADOS
Garantizar una asistencia de eficaz y segura a los pacientes que acuden a Urgencias.
Aumentar la calidad asistencial.
Disminuir la sobrecarga que supone al personal de la Unidad tanto TCAE como enfermeros, la incorporación de personal sin experiencia en Urgencias.

MÉTODO
Preparación de un manual de acogida con material didáctico que incluye medios audiovisuales, documentación, enlaces on line.
Sesiones informativas sobre el funcionamiento interno de la Unidad.
Cualificación del personal de nueva incorporación.

INDICADORES
Nª de sesiones informativas realizadas a lo largo del año.
Porcentaje de asistentes a las sesiones clínicas.

DURACIÓN
Este proyecto se realiza durante el año 2019.
La previsión de las sesiones será a demanda y en dependencia de los periodos de contratación. (Mínimo 2 al 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 - 2019/0505

1. TÍTULO

CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA SALA DEOBSERVACION DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 29/12/2019

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION LOPEZ ALBA
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MORON MARIA JESUS
BELTRAN PEREZ MAR
GARCIA BAUTISTA MARIA PAZ
ADAN MURO LUISA MARIA
CARRASCO DIEZ MARIA PILAR
CASULLA FLORIA JORGE
SERRANO ARANDA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
RESUMEN DE LA ACTIVIDAD:
1- Realizamos vídeos y documentos en PDF explicativos para el personal de enfermería sobre los temas:
- ¿Qué es la Sala de Observación?
- Cronología de tareas.
- Manejo básico de PCH.
- ¿Cómo realizar peticiones a farmacia?
- Manejo de los monitores de la Sala de Observación.
- Cómo montar una cama de contención.
- Manejo básico del BIPAP Carina.
- También realizamos vídeos explicativos para TCAES sobre los temas:
- Tareas TCAE en la Sala de Observación.
- Cronología de tareas TCAE.
- Material necesario para la realización de una paracentesis evacuatoria.
2- Creamos una cuenta de Gmail con el fin de disponer de un sistema de almacenamiento de datos gratuito y a través del cual se pueda compartir información. En el DRIVE de la cuenta de Gmail dividimos la información en dos carpetas: ENFERMERÍA Y TCAES, de esta manera, las supervisoras pueden compartir toda esta información con el personal que se incorpora a nuestro servicio, enviando el enlace de la carpeta correspondiente a su profesión, a su cuenta de correo electrónico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para valorar los resultados del proyecto, hemos comprobado que les ha llegado correctamente la información, con la suficiente antelación. El material recibido les ha parecido claro y de gran utilidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos conseguido una asistencia más eficaz y segura a los pacientes que acuden a la Sala de Observación, aumentando así la calidad asistencial.
También hemos conseguido disminuir la sobrecarga que supone al personal de la Unidad tanto TCAE como enfermeros, la incorporación de personal sin experiencia.
Como aspectos pendientes, se irá revisando la información para ir actualizándola con los cambios que se produzcan en el servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/505 ========== ***

Nº de registro: 0505

Título
CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA SALA DE OBSERVACION DE URGENCIAS

Autores:
LOPEZ ALBA CONCEPCION, CASULLA FLORIA JORGE, ADAN MURO LUISA MARIA, CARRASCO DIEZ MARIA PILAR, GARCIA BAUTISTA MARIA PAZ, BELTRAN PEREZ MAR, GARCIA MORON MARIA JESUS, SERRANO ARANDA LAURA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0505

1. TÍTULO

CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA SALA DEOBSERVACION DE URGENCIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No se discrimina patología.
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Dada la continua incorporación de personal sin experiencia en la Sala de Observación de Urgencias y debido a que la organización y funcionamiento de este Servicio tiene una serie de connotaciones diferentes al resto de las Unidades del hospital, creemos necesario que el personal de enfermería de nueva incorporación, esté entrenado y preparado para dar una rápida y eficaz respuesta a todo tipo de situaciones que puedan presentarse.
Necesidad detectada en la propia Sala.
Demanda de los profesionales, tanto verbalmente como a través de encuestas de opinión

RESULTADOS ESPERADOS
Garantizar una asistencia de eficaz y segura a los pacientes que acuden a la Sala de Observación.
Aumentar la calidad asistencial.
Disminuir la sobrecarga que supone al personal de la Unidad tanto TCAE como enfermeros, la incorporación de personal sin experiencia.

MÉTODO
Preparación de un manual de acogida con material didáctico que incluye medios audiovisuales, documentación y enlaces on line.
Sesiones informativas sobre el funcionamiento interno de la Unidad.
Cualificación del personal de nueva incorporación.

INDICADORES
Nª de sesiones informativas realizadas a lo largo del año.
Porcentaje de asistentes a las sesiones clínicas

DURACIÓN
Este proyecto se realiza durante el año 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 - 2019/1049

1. TÍTULO

CODIGO ICTUS EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ADRIAN SOLANS ATANCE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCEGA TIRADA JOSE LUIS
JORQUI PEREZ EVA
MARIN MORILLO INMACULADA
RODRIGUEZ PEREZ NATALIA
SOLANS ATANCE ADRIAN
TORRES ARGANDOÑA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Formación experto en Ictus por Angels Initiative
2. Inicio de análisis de fiabilidad de Coaguchek
3. Propuesta de formación para TCAE y Enfermeros en Urgencias
4. Estandarizar procedimiento de actuación en Código Ictus

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Formación experto en Ictus por Angels Initiative

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente de realizar la formación al resto del personal y estandarización del procedimiento de actuación de un código Ictus

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1049 ========== ***

Nº de registro: 1049

Título
LA ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL CODIGO ICTUS EN URGENCIAS

Autores:
SOLANS ATANCE ADRIAN, ALCEGA TIRADO JOSE LUIS, TORRES ARGANDOÑA MARIA PILAR, MARIN MORCILLO INMACULADA, RODRIGUEZ PEREZ NATALIA, JORQUI PEREZ EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: ICTUS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Debido a la gran importancia que tiene el tiempo de actuación en el proceso agudo de diagnóstico y tratamiento del ICTUS en el servicio de Urgencias, queremos concienciar al personal de enfermería de Urgencias de que nuestra labor en este proceso es imprescindible e importante.
Además, el Servicio de Neurología nos ha invitado en diversas ocasiones a participar activamente en la fase hiperaguda del ICTUS.

RESULTADOS ESPERADOS
Garantizar con eficacia, calidad y seguridad la asistencia a los pacientes en fase hiperaguda del ICTUS.
Mejorar la calidad asistencial.
Colaboración estrecha con el grupo del ICTUS del hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1049

1. TÍTULO

CODIGO ICTUS EN URGENCIAS

MÉTODO
Preparación de un formulario (check-list) para que el personal de enfermería de Vitales sepa sistematicamente cómo actuar correctamente ante un paciente con sospecha de ICTUS .
Realización de talleres teórico prácticos sobre los cuidados enfermeros que requieren los pacientes que acuden a Urgencias con sospecha de ICTUS.

INDICADORES
Nº de talleres realizados a lo largo del año.
Porcentaje de asistentes a los talleres.

DURACIÓN
Este proyecto se realiza durante el año 2019
La previsión de los talleres será 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 - 2019/1350

1. TÍTULO

MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO U. LOZANO BLESA. IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE ..... DANIEL SAENZ ABAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM
ELIA GUEDEA MANUELA
SANCHEZ MARTELES MARTA
REBOLLO PINA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En 2019 se ha instaurado en todas las unidades de adultos del Hospital una escala de parámetros fisiológicos basada en el Modified Early Warning System con el fin de mejorar la atención y detectar de manera precoz los cambios en los pacientes que puedan indicar deterioro de su salud. Se trata del sistema de alerta temprana o código alerta (en inglés son los Physiologic Track and Trigger Systems). Está basado en la medición de constantes vitales y observaciones clínicas para reconocer el deterioro del paciente y responder con una atención específica según el riesgo de empeoramiento y su relevancia se fundamenta en el número de personas hospitalizadas que sufren eventos adversos graves debidos a una falta de reconocimiento precoz de su empeoramiento.

Organismos comprometidos con la calidad en la atención sanitaria como The Joint Commission en sus metas nacionales y la Agency for Healthcare Research and Quality en su informe de recomendaciones basadas en la evidencia de 2013 han reflejado la importancia de introducir sistemas como el Código Alerta que mejoran la detección precoz del deterioro de los pacientes y su atención específica dado que, en la mayoría de las ocasiones, el empeoramiento de un enfermo es precedido por cambios en los parámetros fisiológicos tales como la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno, la tensión arterial, la temperatura o el nivel de conciencia.

El HCU Lozano Blesa ha implantado esta herramienta en diferentes fases y se ha volcado en lograr su consecución dado que reconocer los cambios de situación en los pacientes hospitalizados es una función valiosa que realizan principalmente las enfermeras puesto que son el personal sanitario más cercano al paciente durante el ingreso.

1. Elección de escala de parámetros fisiológicos y respuesta asistencial asociada
En 2018, un grupo de facultativos consensuó una tabla de puntuación que valora 6 parámetros (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, tensión arterial sistólica y sensorio), otorgando de 0 a 3 puntos cada parámetro según su desviación de la normalidad (máximo 18 puntos).
Categoriza a los pacientes en cuatro niveles de riesgo, identificándolos con color y acompañados de respuesta asistencial distinta:
- 0 Continuar con la monitorización habitual cada 12 horas
- 1 Vigilancia clínica y toma de constantes cada 8 horas
- 2 Mayor vigilancia clínica y toma de constantes cada 4 horas
- De 3 a 18 Valoración urgente de médico responsable y toma de constantes cada hora

2. Implantación
Con el objetivo de implantar su uso en las unidades de hospitalización se desarrollaron las siguientes acciones:
- Introducción en el Sistema de Información Gacela de las variables y cálculo automático de la categorización del nivel de riesgo.
- Información formal del código alerta/alerta temprana. Email de inicio e inclusión en contrato programa.
- Presentación del proyecto y difusión en el servicio.
- Sesiones clínicas en los servicios.
- Desarrollo de la herramienta informática en el aplicativo Gacela y tutorización en las unidades.
- Formación continuada: sesiones para el personal de enfermería y curso para los residentes de primer año.

3. Seguimiento
Durante el seguimiento surgió la necesidad de excluir el parámetro de diuresis de la tabla de puntuación (no hay control de diuresis a todos los pacientes) y de revisar el funcionamiento y características de los termómetros disponibles en el hospital debido a la activación del nivel máximo de riesgo por temperaturas corporales de entre 35.5 - 35.9 º C. Facultativos clínicos no vieron oportuno modificar los umbrales de los parámetros.
Se monitorizó la activación de la respuesta asistencial en los pacientes que alcanzaron el máximo nivel de riesgo según sus constantes según su unidad de hospitalización y se presentaron los datos en las distintas unidades, con el propósito de generar un feed back adecuado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1350

1. TÍTULO

MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO U. LOZANO BLESA. IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% de pacientes a los que se ha activado la alerta temprana con puntuación = o > de 3 en el MEWS: 68,99.
% de pacientes con activación de alerta temprana que reciben valoración médica por motivo de su puntuación en MEWS: 100.
% de pacientes hospitalizados que precisan ingreso en UCI de forma NO programada: 15,25.

Resaltar que, según las auditorías realizadas, el 100% de los pacientes que han alcanzando el nivel máximo de riesgo fueron valorados por el médico correspondiente.
De manera informal se nos ha comunicado un aumento de número de valoraciones de pacientes por parte de los facultativos durante las guardias.
Coincidiendo con la implantación del Código Alerta han aumentado las valoraciones de la saturación de oxígeno en los pacientes, sin modificarse el registro del resto de parámetros (TA, FC, FR, Tª y nivel de conciencia).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación dentro del Sistema de Información Gacela del Código Alerta Temprana ha facilitado el éxito en el seguimiento por parte de los profesionales. El equipo está satisfecho con los resultados alcanzados y la repercusión que tiene en los cuidados y atención a los pacientes ingresados potencialmente graves.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1350 ========== ***

Nº de registro: 1350

Título
MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA

Autores:
SAENZ ABAD DANIEL, SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM, ELIA GUEDEA MANUELA, SANCHEZ MARTELES MARTA, REBOLLO PINA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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: Cualquier proceso
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las razones más frecuentes de mortalidad potencialmente evitable, según el análisis de incidentes notificados al sistema de Reino Unido desde 2010 a 2012, fueron la incorrecta actuación durante el empeoramiento del paciente, la falta de prevención y la deficiente supervisión y monitorización de signos vitales. Estos hallazgos se producen principalmente en las unidades de hospitalización de pacientes no críticos y podrían ser reducidos si el empeoramiento de los pacientes fuera identificado a tiempo.
Los sistemas utilizados para este reconocimiento precoz son los “Early Warning Systems” (EWSs) o “Physiological Track and Trigger Warning Systems” (TTs). Se tratan de sistemas de alarma basados en la observación periódica de variables fisiológicas que se monitorizan rutinariamente durante el periodo de hospitalización de los pacientes.
El sistema a adoptar por el HCU “Lozano Blesa” sería el Modified Early Warning Score (MEWS) que contempla la medición de las siguientes variables y estratifica el riesgo según sus puntuaciones.
La investigación muestra que los resultados de las variables que provocan la activación de los sistemas de alerta temprana se asocian a un mayor riesgo de ingreso no programado en UCI y de mortalidad en un plazo de 24-48h.
El registro de cuidados en el aplicativo GACELA permite de forma sistemática, en las unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas no críticas, monitorizar los signos de alarma y establecer las alarmas de alerta temprana que permiten identificar el empeoramiento de los pacientes y los riesgos potenciales de mortalidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1350

1. TÍTULO

MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO U. LOZANO BLESA. IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA

RESULTADOS ESPERADOS
- Garantizar la accesibilidad informática al complejo de Alerta Temprana
- Promover la identificación de los pacientes hospitalizados en riesgo de empeoramiento basándose en el Modified Early Warning Score (MEWS)
- Garantizar una atención sanitaria precoz a los pacientes en riesgo de empeoramiento
- Valorar el impacto de la implantación de Alerta Temprana en la Mortalidad Bruta del hospital
- Reducir el número de ingresos en UCI procedentes de las unidades de hospitalización convencional
- Conocer las estancias medias de los pacientes según su diagnóstico principal y realizar comparación pre y post implantación del Código Alerta
- Garantizar la implantación efectiva del proyecto Alerta Temprana en las Unidades de Hospitalización
- Disminuir la Mortalidad Bruta en el Servicio de UCI
- Conocer las estancias medias de los pacientes según su diagnóstico principal y realizar comparación pre y post implantación del Código Alerta
- Conocer la opinión sobre la herramienta Alerta Temprana de los profesionales del HCU Lozano Blesa

MÉTODO
- Difusión de la herramienta basada en el Modified Early Warning System en las unidades de hospitalización
- Comunicación del modo de activación de respuesta temprana apacientes en riesgo de empeoramiento según MEWS
- Sesión de enfermería incluída en el Plan de Formación Continuada del Sector
- Sesión Clínica general
- Formación de acogida al personal médico especialista en formación (MIR)
- Actualización del programa informático Gacela Care
- Provisión de equipos informáticos en las unidades que lo requieran
- Cuantificación de avisos a facultativos por riesgo de empeoramiento de pacientes emitidos adecuadamente
- Monitorización de exploraciones y cambios de tratamiento realizados tras recibir aviso de paciente con riesgo de empeoramiento
- Retroalimentación trimestral a las jefaturas de servicio y supervisiones de enfermería del desarrollo del Código Alerta Temprana y la monitorización de indicadores
- Encuesta de opinión a los profesionales sobre el grado de utilidad y satisfacción con la herramienta Código Alerta Temprana

INDICADORES
- % de unidades de hospitalización convencional con la gestión informática del complejo alerta temprana activada
- % de pacientes a los que se ha activado la alerta temprana con puntuación = o > de 3 en el MEWS
- % de pacientes con activación de alerta temprana que reciben valoración médica por motivo de su puntuación en MEWS

Informe de valoración de Tasa de Mortalidad Bruta del HCU"Lozano Blesa"
- % de pacientes hospitalizados que precisan ingreso en UCI de forma NO programada
- Tasa de mortalidad en UCI
- n.º de días de estancia de pacientes según diagnóstico (sepsis, insuficiencia respiratoria aguda y complicación de hemorragia postintervención)

DURACIÓN
- Implantación informática en las unidades durante el primer trimestre de 2019
- Sesión general en Salón de actos en marzo de 2019
- Sesión específica de enfermería en unidades de hospitalización primer semestre del año 2019
- Evaluación trimestral de Indicadores
- Encuesta de opinión a los profesionales durante el 2º semestre 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 - 2019/1423

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES BERNAL JULIAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AMORES ARRIAGA BEATRIZ
GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO
RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE
VILLAFRANCA RUIZ PAMELA
MARCO BORDERAS MARIA
GONZALEZ ESGUEDA AINHOA
RODRIGO GASCA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
FORMACION:
En diciembre del 2018, hubo una importante actualización del Programa de Ayuda al Triaje (web e-PAT) y hubo que formar de nuevo a toda la plantilla. Se hicieron un total de 7 talleres formativos en las siguientes fechas del 2018: 29 y 30 de octubre, 6, 8, 12, 14 y 15 de noviembre.
En el año 2019 se han hecho otros dos nuevos talleres de formación el 15 de mayo y el 2 de octubre.
El taller consiste en una clase teórica con ordenadores y casos ficticios en el aula de informática, así como prácticas reales en el puesto de Triaje del hospital.
Nos hemos reunido a lo largo del año en tres ocasiones:
18/12/2018
14/12/2019
12/11/2019
En la primera reunión: fue el reencuentro tras meses de inactividad. En ella se presentaron a los nuevos miembros del grupo de trabajo ya que, aunque no estaba acreditado, se estaba trabajando en él como herramienta de apoyo al Triaje y como medio para resolver dudas.
Se acordó presentar la acreditación para ser incluido como Proyecto de Mejora dentro del Acuerdo de Gestión año 2019
Retomamos el Procedimiento y establecImos los pasos a seguir.
En esa misma reunión y en las siguientes:
Continuamos con la elaboración del Procedimiento.
Concretamos los anexos a unir al Procedimiento:
1. PACIENTES CON PATOLOGÍA MAMARIA
2. PACIENTES CON EL RECONOCIMIENTO DE ATENCIÓN SANITARIA ACOMPAÑADA Y DE MÍNIMA ESPERA
3. ACTIVACIÓN CÓDIGO ICTUS DESDE TRIAJE
4. CIRCUITO DEL ECG URGENTE
Se han ido cambiando o modificando ciertos circuitos para agilizar la asistencia.
Se han ido atendiendo las necesidades y dudas que han ido surgiendo.
Se mantiene informado continuamente a todo el personal a través del correo electrónico y a través de los talleres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Gran avance en el Procedimiento.

Mejoras en el sistema informático:
Activación temprana código Sepsis, infarto o ICTUS
En la columna “Observaciones” pueden aparecer:
o V: Observación hecha por el médico
o X: Observación hecha por el enfermero de Triaje
o M: Paciente con mínima espera
Dichas observaciones son de gran ayuda para el personal que va a realizar la atención.

Se ha establecido un circuito especial a los pacientes que vienen derivados para Dermatología por las mañanas.

Pacientes que vienen con p10. Se acuerda donde derivarlos para su atención.

Se acuerda cómo se deben trasladar a los pacientes con sospecha de TVP o de hernia inguinal, así como a los pacientes epilépticos (en silla, camilla…)

Se acuerdan los casos en los que el Adjunto de vital tiene que valorar los pacientes en el triaje (pacientes inestables, potencialmente agitables y que están sedados…)

Se acuerda cuándo se debería abrir un tercer cuarto de triaje, aunque esto último no siempre es posible.

Paciente que da datos en admisión, pero no llega a pasar por el triaje porque se marcha: se establece el cómo y quién debe sacarlo del programa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1423

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE

Pacientes con patología de mama: se establece cuándo debe ser atendida por Ginecología o por Cirugía

Paciente pediátrico: con la nueva actualización, el triaje es mucho más específico y se ajusta más a las necesidades de este tipo de pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de trabajo valora positivamente la labor desarrollada puesto que es de gran utilidad para nuestra actividad diaria.

Otro reto para el próximo año, es la introducción del documento oficial para el triaje manual en caso de caída del sistema, cosa que ocurre con cierta frecuencia.

La finalización del Procedimiento es el objetivo principal sin olvidar la atención diaria al Triaje y resolución de los problemas y dudas que van surgiendo diariamente. Por ello y porque las Urgencias es un servicio en constante evolución y crecimiento, se hace necesaria una continuidad en el grupo de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1423 ========== ***

Nº de registro: 1423

Título
GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE

Autores:
BERNAL JULIAN MARIA DOLORES, AMORES ARRIAGA BEATRIZ, GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO, RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE, VILLAFRANCA RUIZ PAMELA, MARCO BORDERAS MARIA, GONZALEZ ESGUEDA AINHOA, RODRIGO GASCA LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS LAS PATOLOGÍAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Garantizar una atención urgente de calidad
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La urgencia es un servicio vivo y en constante evolución y crecimiento. Dentro de la urgencia, el Triaje es una parte ESENCIAL puesto que constituye la puerta de entrada al sistema sanitario. Permite la clasificación de los pacientes según el nivel de urgencia de una forma segura y eficiente. El triaje se basa en una toma de decisiones a partir de una valoración individualizada, dinámica y adaptada a las características del paciente/familia y del servicio. Esta valoración se realiza a partir de una información muchas veces incompleta y bajo una presión contínua por lo que los profesionales que realizan esta función deben tener unas habilidades y competencias específicas. En urgencias, el personal está en constante cambio, por lo que es necesario tener un buen sistema de formación y una plataforma que recoja sus carencias y necesidades y tenga la capacidad de darles solución y apoyo, así como que garantice una contínua actualización y formación de sus profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
- Identificar a aquellos pacientes que requieren de una atención inmediata.
- Clasificar a los pacientes según la prioridad clínica y así disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad.
- Determinar el área de tratamiento más adecuada.
- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los servicios de urgencias.
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales implicados en urgencias
- Brindar información completa al paciente y su familia sobre la clasificación de triaje y los tiempos de espera para su atención.
- Servir de plataforma de apoyo a los profesionales implicados en el proceso de Triaje.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1423

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE

MÉTODO

- Actualizar procedimiento de Triaje existente en el hospital para adecuarlo a las necesidades reales y actuales del servicio, profesionales y usuarios del servicio de urgencias.
- Servir de apoyo a los profesionales que se encargan del triaje para recoger todas sus dudas e intentar aportar una solución adecuada.
- Programar cursos de formación para el personal de nueva incorporación siguiendo las recomendaciones de SEMES.
- Estar al tanto de actualizaciones periódicas del programa informático, el cual debe estar integrado en los circuitos asistenciales del servicio de urgencias así como de la historia clínica electrónica.

INDICADORES

- Monitorización a la adaptación del nuevo Protocolo.
- Formación de los profesionales de nueva incorporación: se valorará asistencia a cursos de formación y el alcance al mayor número de profesionales.
- Medición de los siguientes indicadores:

1. Tiempo de admisión/triaje
2. Tiempo de realización del triaje
3. Correlación entre ingresos y nivel de triaje
4. Correlación entre nivel de triaje y complejidad del paciente.

DURACIÓN

Este proyecto se realiza durante el año 2019.
La previsión de las sesiones será mensual, mínimo unas 8 al 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 - 2019/0210

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA ESTENOSIS DE URETRA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA CAPAPE POVES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLE GERHOLD JORGE
UCAR TERREN ALBERTO
AMBROJ NAVARRO CARMEN
TIMON GARCIA ALEJANDRO
BLANCO CHAMORRO CARLOS
BLASCO BELTRAN BENJAMIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la puesta en marcha de este proyecto se ha creado una consulta específica de uretra donde remitir a cualquier paciente con sospecha de estenosis uretra tras una primera valoración urológica.
En la consulta se dispone de ecógrafo, cistoscopio y sonda uretrales para llegar al proceso diagnóstico de la patología y a la indicación de la técnica quirúrgica correctora en la primera visita.
El mismo equipo que inicia el proceso diagnóstico es el encargado de llevar a cabo la cirugía y el seguimiento posterior de estos pacientes, logrando una mayor calidad y personalización en la atención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde la puesta en marcha de la consulta se han realizado en nuestro Servicio de Urología 26 cirugías uretrales, 13 uretrotomías y 13 uretroplastias de ampliación con injerto oral.

En el último semestre de 2019 se han realizado 4 uretroplastias y 6 uretrotomías/dilataciónes uretrales.

De todas estas cirugías el 75% de los pacientes intervenidos de uretroplastia (3 pacientes) habían sido evaluados en la Consulta especializada de Patología Uretral por los miembros del equipo quirúrgico que realizan dicha intervención. De las 6 uretrotomías, sólo 2 (33,3%) fueron en pacientes que habían pasado por la consulta específica.
La mitad de los pacientes tenía urocultivo previo a la cirugía (un pacientes intervenidos de uretrotomía y 4 de uretroplastia).

La cirugía ha sido indicada en la primera visita.

Al alta son remitidos a la consulta específica de uretra donde se realizan los distintos esquemas de seguimiento y control.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La consulta específica de uretra está ya creada.
En los pacientes candidatos a uretroplastia se logra una recepción adecuada, ya que el 75% de los mismos pasan por dicha consulta. En cambio la mayoría de aquellos en los que la cirugía indicada es una uretrotomía (66,7%) no pasan por la consulta específica.

Sólo el 50% de todas las cirugías uretrales, de las cuales el 84% eran uretrotomías, contaban con urocultivo previo a la cirugía.

Sí que se logra un adecuado resultado en cuanto al estudio previo de los pacientes ya que el 100% contaban con dos items y el 90% con al menos 3 items.

Como actividades pendientes queda por mejorar el manejo del paciente candidato a uretrotomía. Probablemente porque se trata de la estenosis uretra más simple y frecuente y porque el tratamiento quirúrgico es más generalizado no se derivan estos pacientes a la consulta de uretra. Pero para optimizar el manejo y la indicación de los mismos, ya que se trata de una patología recurrente sería conveniente que todos pasaran por el mismo proceso de diagnóstico e indicación de la técnica quirúrgica.

También deberíamos aumentar el número de pacientes con urocultivo previo a la intervención, de nuevo son los pacientes de uretrotomía en los que más falta este dato.

Hemos alcanzado buenos resultados en cuanto a la cumplimentación de ítems clínicos y diagnósticos que se recogen en la consulta previa a la cirugía (ecografía, historia clínica, exploración, cuestionario PROM…).

Deberíamos conseguir que todos los pacientes con patología uretral, candidata a uretrotomía interna, sean derivados a la consulta especializada desde donde se indicará el procedimiento más óptimo.

Aún hay que concienciar al resto de compañeros del Servicio para orientar a los pacientes con patología uretral hacia esta consulta especializada, por lo que los datos se expondrán en sesión clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0210

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA ESTENOSIS DE URETRA

Vistos los resultados la prórroga del programa en años sucesivos es muy necesaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/210 ========== ***

Nº de registro: 0210

Título
MANEJO DE ALTA RESOLUCION EN LA ESTENOSIS DE URETRA

Autores:
CAPAPE POVES VICTORIA, VALLE GERHOLD JORGE, UCAR TERREN ALBERTO, AMBROJ NAVARRO CARMEN, TIMON GARCIA ALEJANDRO, BLANCO CHAMORRO CARLOS, BLASCO BELTRAN BENJAMIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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
Tras la aprobación de este programa para 2018, en junio, se diseñó el modo de funcionamiento de la Consulta de Alta Resolución para Estenosis de Uretra (ubicada en la Unidad de Litotricia), para poder realizar ecografía, cistoscopia, calibración uretral, etc, ese mismo día.
Así mismo se recogían los datos de pacientes incluidos en LEQ en esa misma consulta, objetivo final de la misma, para la programación y evaluación.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: pacientes con patología obstructiva del tracto urinario inferior y sospecha de estenosis uretral.
Se pretende optimizar el manejo del paciente con estenosis de uretra. Acelerando el proceso diagnóstico y el tratamiento, disminuyendo su ansiedad y los efectos adversos derivados de la mala calidad miccional. Además al ser una consulta específica se homogeiniza el protocolo de actuación de este paciente que puede pasar desapercibido debido a la clínica poco específica.

MÉTODO
El paciente que consulta por síntomas obstructivos de tracto urinario inferior y en el que se sospecha que exista una estenosis de uretra se remite a la consulta específica de uretra habiéndosele pedido previamente una cistouretrografía miccional seriada (CUMS). En la consulta específica se valora al paciente de acuerdo a su sintomatología (cuestionario PROM), exploración física y hallazgos de la CUMS. Si se diagnostica de estenosis uretral en la misma consulta se dispone de cistoscopio para valorar el estado de la mucosa uretral y la localización exacta de a estenosis. Además en la consulta hay a nuestra disposición un ecógrafo para evaluar el tracto urinario superior y valorar la existencia de residuo postmiccional. Con los hallazgos de todas las pruebas realizadas en una única consulta se incluye al paciente en lista de espera para la cirugía más adecuada a cada caso.
El seguimiento de los pacientes intervenidos de cirugía uretral es en la misma consulta específica con las pruebas descritas previamente.

INDICADORES
- Existe una consulta específica de patología uretral: (estándar = SI)
- Pacientes programados desde esta consulta: estándar >30% 1º año / >60% 2º año / >90% 3º año.
- Pacie(ntes de consulta con cumplimentación de al menos 3 ítems o más historia, exploración, ecografía, cistoscopia o calibración, test miccional): estándar >30% 1º año / >60% 2º año / >90% 3º año.
- Pacientes con Urocultivo previo: estándar >30% 1º año / >60% 2º año / >90% 3º año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0210

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA ESTENOSIS DE URETRA

DURACIÓN
Fecha de inicio 1/1/19. Fecha de finalización: abierta.

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 - 2019/0261

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

Fecha de entrada: 02/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO XAVIER ELIZALDE BENITO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANCO CHAMORRO CARLOS
MONZON ALEBESQUE FRANCISCO
AMBROJ NAVARRO CARMEN
CAPAPE POVES VICTORIA
MARTIN MONTAÑES MANUEL
PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO
VALLE GERHOLD JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha conseguido el diseño de una estandarización de seguimiento de los pacientes con HBP, con inclusión de los tres parámetros básicos, volumetría prostática, antígeno prostático específico (PSA) y tacto rectal (todos ellos valorados como máximo en 1 año previo a la cirugía), previos a la cirugía, con alto porcentaje de cumplimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pacientes con volumetría prostática ecográfica 84,21% (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)
Pacientes con Tacto Rectal 15,8% (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos))
Pacientes con PSA 89,47% (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)
Pacientes con uno de los 3 parámetros básicos 100%(estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)

El objetivo es permitir una mejor elección de la técnica quirúrgica para el tratamiento de la HBP, con la optimización que supone en el tiempo quirúrgico y planificación del parte de quirófano. Revisión de la Ficha de inclusión en lista de espera quirúrgica, protocolo quirúrgico en File Maker e historias clínicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha objetivado que todos los pacientes con HBP incluidos en lista de espera quirúrgica presentan alguno de los parámetros básicos (volumetría prostática, PSA y tacto rectal) previos a la cirugía, con un alto grado de cumplimiento.
Hay un alto cumplimiento de los indicadores, con menor resultado cuantitativo del tacto rectal, por la dificultad de recopilación en las historias clínicas y ausencia del mismo en la ficha de inclusión quirúrgica, que es donde se ha realizado la búsqueda.
Es necesario continuar el programa debido a la implicación que presenta en la indicación quirúrgica y a la aplicación de nuevas técnicas quirúrgicas innovadoras. Se insistirá en la estandarización de la ficha de inclusión en lista de espera quirúrgica en la HBP donde sean cumplimentados estos parámetros y en el protocolo quirúrgico en File Maker, para mejorar los resultados y facilitar la búsqueda de los datos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/261 ========== ***

Nº de registro: 0261

Título
OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

Autores:
ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER, BLANCO CHAMORRO CARLOS, MONZON ALEBESQUE FRANCISCO, AMBROJ NAVARRO CARMEN, CAPAPE POVES VICTORIA, MARTIN MONTAÑES MANUEL, PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO, VALLE GERHOLD JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Hombres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0261

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP)se trata de la enfermedad de la próstata más frecuente, siendo el primer motivo de consulta en los servicios de urología. Este programa se aprobó a mediados del año 2018, por lo que los resultados obtenidos fueron del segundo semestre del año, siendo mejor de lo esperado para el primer año.
Observamos una gran dificultad para la búsqueda de los datos de los parámetros básicos (volumetría prostática ecográfica, PSA y tacto rectal), ya que están en la historia clínica "en papel". Además, detectamos pacientes sin uno o varios parámetros en el año previo a la intervención quirúrgica, sobre todo el tacto rectal. De hecho, el 11,62% de pacientes se operaron sin ninguno de los 3 parámetros básicos y otros en ausencia de alguno de ellos.
Por ello se hace necesario continuar con el programa durante el año 2019 y probablemente sucesivos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del estudio va a ser mejorar el tratamiento de los pacientes con HBP, estandarizando y facilitando el diagnóstico, y por consiguiente el adecuado tratamiento, con alto impacto en la calidad asistencial.
Como consecuencia de se espera:
• Acortar los circuitos de los pacientes.
• Optimizar el tiempo quirúrgico.
• Mejorar la información del proceso de cada paciente.
• Mejorar la atención integral al paciente con hiperplasia benigna de próstata.

MÉTODO
Seguiremos con la estandarización de seguimiento de los pacientes con HBP, con inclusión de los tres parámetros básicos (volumetría prostática, PSA y tacto rectal) previos a la cirugía.
Para mejorar los resultados vemos necesario modificar el modo de actuación y anotar en la ficha de inclusión en Lista Quirúrgica y protocolos operatorios los parámetros objeto de estudio mejorando su búsqueda.

INDICADORES
Pacientes con volumetría prostática ecográfica (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)
Pacientes con Tacto Rectal (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)
Pacientes con PSA (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)
Pacientes sin los 3 parámetros básicos (estándar =<75% 1º año; =<50% 2º año; =<25% 3º año; <20% en sucesivos)
Estos indicadores serán medidos preoperatoriamente sobre todos los pacientes sometidos a cirugía por HBP durante el periodo evaluado, obteniéndolos de las historias clínicas y revisión de inclusión en lista de espera quirúrgica y protocolos quirúrgicos en la base de datos File Maker del servicio de Urología.
Criterios de exclusión: No se contemplan.

DURACIÓN
Fecha de inicio: 1/01/2019 Fecha de finalización: abierta
Dado que el Programa es continuación del año anterior, pretendemos hacer 2 monitorizaciones, en junio y diciembre, de los indicadores antes comentados.

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 .....:

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